

Amsterdam, juli 2005

Onderzoek in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het Ministerie van Economische Zaken

Morgen zonder zorg (en)?
Arbeidsproductiviteit en innovatieve kracht in
de zorg

SEO Economisch Onderzoek

Lucy Kok
Maarten Biermans
Inge Groot
Lennart Janssens
Jaap Anne Korteweg

Plexus Medical Group

Jaap Maljers
Kees van Bommel

Universiteit van Amsterdam

Mirjam van Praag



seo economisch onderzoek

“De wetenschap dat het goed is”

SEO Economisch Onderzoek doet onafhankelijk toegepast economisch onderzoek in opdracht van overheid en bedrijfsleven. Ons onderzoek helpt onze opdrachtgevers bij het nemen van beslissingen. SEO Economisch Onderzoek is gelieerd aan de Universiteit van Amsterdam. Dat geeft ons zicht op de nieuwste wetenschappelijke methoden. We hebben geen winstoogmerk en investeren continu in het intellectueel kapitaal van de medewerkers via promotietrajecten, het uitbrengen van wetenschappelijke publicaties, kennisnetwerken en congresbezoek.



SEO-rapport nr. 817

ISBN 90-6733-298-4

Inhoudsopgave

| | |
|---|----|
| Samenvatting | i |
| Summary | v |
| 1 Inleiding..... | 1 |
| 1.1 Aanleiding..... | 1 |
| 1.2 Onderzoeksaanpak..... | 2 |
| 1.3 Leeswijzer | 3 |
| 2 Achtergrond | 5 |
| 2.1 Inleiding..... | 5 |
| 2.2 De betekenis van het begrip ‘arbeidsproductiviteit’..... | 5 |
| 2.3 Het innovatieproces..... | 6 |
| 2.3.1 Motieven van bedrijven om te innoveren | 6 |
| 2.3.2 Soorten innovaties | 7 |
| 2.3.3 Diffusiesnelheid..... | 11 |
| 2.4 Principes van bekostiging en prestatiebeloning..... | 12 |
| 2.5 Bekostiging van de zorg in Nederland..... | 14 |
| 2.6 Bekostiging en concurrentie internationaal vergeleken | 18 |
| 3 Diffusie van innovaties in de zorg | 21 |
| 3.1 Inleiding..... | 21 |
| 3.2 Organisatiestructuur | 21 |
| 3.3 Personeelsbeleid | 23 |
| 3.4 Behandelmethoden | 26 |
| 3.5 Informatievoorziening..... | 28 |
| 3.6 Conclusie | 30 |

| | | |
|-------|--|----|
| 4 | Belemmeringen en stimulansen..... | 33 |
| 4.1 | Inleiding..... | 33 |
| 4.2 | Perceptie van belemmeringen en stimulansen..... | 33 |
| 4.3 | Baten van de innovatie..... | 35 |
| 4.3.1 | Doelgerelateerdheid prestatie­maatstaven..... | 35 |
| 4.3.2 | Vormgeving van de beloning..... | 37 |
| 4.3.3 | Hoogte van de beloning..... | 39 |
| 4.3.4 | Conclusie..... | 39 |
| 4.4 | De kosten van innovatie..... | 40 |
| 4.5 | Onzekerheid over de kosten en baten..... | 41 |
| 4.6 | Marktstructuur en regelgeving..... | 43 |
| 4.6.1 | Mate van concurrentie: de rol van het zorgkantoor..... | 43 |
| 4.6.2 | Arbeidsmarkt..... | 45 |
| 4.6.3 | Regulering..... | 46 |
| 4.6.4 | Conclusie..... | 48 |
| 4.7 | Cultuur..... | 49 |
| 4.8 | Conclusie..... | 50 |
| 5 | Beleids­opties..... | 53 |
| 5.1 | Inleiding..... | 53 |
| 5.2 | Bekostigingssystematiek..... | 53 |
| 5.2.1 | Bekostiging op outcome..... | 53 |
| 5.2.2 | Bekostiging onafhankelijk van instelling..... | 54 |
| 5.2.3 | Winst in de zorg..... | 55 |
| 5.3 | Meer concurrentie en minder regels..... | 56 |
| 5.3.1 | Afschaffen instellingsbudgettering..... | 56 |
| 5.3.2 | Openbare benchmarking..... | 58 |
| 5.3.3 | Minder regels..... | 59 |
| 5.4 | Conclusie..... | 60 |
| | Referenties..... | 63 |
| | Bijlage 1 Geïnterviewde instellingen..... | 69 |
| | Bijlage 2 Lijst met afkortingen..... | 71 |

Samenvatting

Inleiding

De Interdepartementale Commissie Marktwerking heeft een werkgroep de volgende taakopdracht gegeven.

Op welke wijze kunnen VWS, zorgaanbieders en andere betrokken partijen een constructieve bijdrage leveren aan de verhoging van de arbeidsproductiviteit en innovatieve kracht in de zorg?

Om de werkgroep van informatie te voorzien, hebben de Ministeries van Economische Zaken (EZ) en Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de volgende onderzoeksvragen gesteld aan SEO Economisch Onderzoek en Plexus.

1. Waardoor kunnen verschillen in arbeidsproductiviteitsgroei tussen zorginstellingen worden verklaard?
2. Welke belemmeringen en stimulansen ervaren instellingen om de arbeidsproductiviteit en de innovatieve kracht te verhogen?
3. Welke belemmeringen en stimulansen zijn feitelijk aanwezig om de arbeidsproductiviteit en de innovatieve kracht te verhogen?

Beantwoording onderzoeksvragen

Vraag 1. Waardoor kunnen verschillen in arbeidsproductiviteitsgroei tussen zorginstellingen worden verklaard?

Veel instellingen in de zorg hebben de afgelopen jaren efficiencyverbeteringen doorgevoerd, vooral op logistiek gebied en qua personeelsbeleid. Vernieuwingen als integrale zorg, nieuwe behandelmethoden en prestatiebeloning zijn in veel mindere mate doorgevoerd. De veranderingen zijn vooral gericht op kostenvermindering binnen de huidige manier van werken. Van nieuwe behandelmethoden en integrale zorg is in de toekomst een veel grotere arbeidsproductiviteitswinst te verwachten en juist hier is de sector niet erg innovatief. Wij zien geen grote verschillen tussen sectoren. Wij kunnen de verschillen in arbeidsproductiviteitsgroei tussen instellingen niet verklaren uit de mate waarin innovaties zijn doorgevoerd, omdat er geen goede indicator is voor het meten van de arbeidsproductiviteit.

Vraag 2. Welke belemmeringen en stimulansen ervaren instellingen om de arbeidsproductiviteit en de innovatieve kracht te verhogen?

Instellingen ervaren belemmeringen om te innoveren. De belemmering die de meeste instellingen noemen, is de interne cultuur in de zorg. De cultuur binnen instellingen is weinig zakelijk: mensen spreken elkaar niet aan op hun verantwoordelijkheden. Dit maakt het lastig efficiencyverbeteringen

door te voeren. Ook de cultuur bij VWS en zelfstandige bestuursorganen (zbo's, zoals het CTG-ZAio, CVZ, zorgkantoor, College Bouw) wordt belemmerend genoemd. De vele regels worden gezien als georganiseerd wantrouwen ten opzichte van de instellingen en ze belemmeren de flexibiliteit van instellingen. Instellingen noemen ook de onzekerheid over het overheidsbeleid en de CAO/arbeidstijdenwetgeving als belemmering om te innoveren. Innovaties worden ook bemoeilijkt doordat ze niet altijd tot een financieel voordeel voor de instelling leiden. Nieuwe behandelmethoden worden bijvoorbeeld niet altijd direct gefinancierd. Door schotten in de bekostigingssystematiek tussen de AWBZ-branches, de ziekenhuizen en binnen de ziekenhuizen (denk aan het specialistenhonorarium) komen de voordelen soms bij andere partijen terecht.

Instellingen ervaren echter ook stimulansen. De bekostigingssystematiek prikkelt AWBZ-instellingen om veel uren productie per medewerker te leveren. De bekostigingssystematiek van de ziekenhuizen prikkelt de ziekenhuizen om het aantal opnames te vergroten en om het aantal verrichtingen en het aantal ligdagen te beperken. Daardoor kunnen met hetzelfde aantal medewerkers meer patiënten worden behandeld. Ook budgetkorting en de toenemende concurrentie dwingen instellingen efficiënt om te gaan met de gekregen middelen. Tot slot komen veel innovaties voort uit intrinsieke motivatie: mensen vinden het leuk om betere zorg te kunnen verlenen.

Vraag 3. Welke belemmeringen en stimulansen zijn er feitelijk aanwezig om de arbeidsproductiviteit en de innovatieve kracht te verhogen?

De belemmeringen die instellingen ervaren, komen niet geheel overeen met de feitelijke belemmeringen. Wij zien als belangrijkste belemmeringen de bekostigingssystematiek, die ervoor zorgt dat instellingen geen voordeel hebben bij innoveren en het gebrek aan concurrentie. De huidige bekostigingssystematiek is gebaseerd op *throughput* in plaats van *output* of *outcome*. Innovaties gaan gepaard met een ander productieproces en dus andere *throughput*. Die wordt echter niet bekostigd. Het gevolg van de bekostigingssystematiek en het gebrek aan concurrentie is een weinig zakelijke interne cultuur in de zorg en een cultuur van wantrouwen bij het Ministerie van VWS en de zbo's in de zorg.

Beleidsopties

Op basis van dit onderzoek hebben wij een aantal beleidsopties geformuleerd waarmee de overheid de innovatieve kracht van de zorg en daarmee de arbeidsproductiviteit kan verhogen.

1. Verandering van de bekostiging
 - a) bekostiging op product. Daarbij is belangrijk dat de productbeschrijving aansluit bij het doel van de zorg, namelijk het leveren van gezondheidswinst of van kwaliteit van leven. Als de instelling het product goedkoper kan leveren, blijft dat voordeel bij de instelling totdat zoveel andere instellingen de innovatie hebben overgenomen dat het tarief voor dat product omlaag kan. De innoverende instelling moet een voldoende lange tijd profijt

hebben van de innovatie, zodat de instelling de investering terugverdient en daarbovenop winst maakt.

- b) bekostiging onafhankelijk van type instelling. Productbeschrijvingen moeten niet per type instelling worden gemaakt. Daarmee worden schotten in de financiering geslecht. Het voordeel van een innovatie lekt dan niet weg naar andere instellingen, waardoor meer innovaties van de grond zullen komen.
 - c) opbouwen van grotere financiële reserves door de instellingen. Dit vergroot de prikkel om te innoveren en geeft instellingen tegelijkertijd de financiële middelen om te innoveren. Subsidies om diffusie van innovaties te bevorderen, moeten worden afgeschaft.
2. Vergroten van de concurrentie
- a) benchmarking, zowel openbaar als intern, om de zichtbaarheid van effecten van innovaties te vergroten. Openbare benchmarks vergroten bovendien het voordeel van goede innovaties voor de innoverende instelling. Deze instelling zal goed uit de benchmark komen en daardoor meer klanten trekken.
 - b) afschaffen van de instellingsbudgettering. Dit vermindert de zekerheid over de omzet en zal ervoor zorgen dat instellingen zich meer oriënteren op de klant. Er komt dus meer concurrentie. De cultuur binnen de instelling zal zakelijker worden doordat het budget afhankelijk wordt van de mate waarin de instelling klanten naar zich toe weet te trekken.
 - c) vermindering van regelgeving. Meer concurrentie moet gepaard gaan met meer vrijheid. Instellingen moeten de ruimte hebben om te concurreren. Momenteel moeten instellingen aan veel partijen verantwoording afleggen. Deze partijen hebben echter allemaal hetzelfde doel: controleren of de instelling wel kwalitatief goede zorg levert tegen zo laag mogelijke kosten. Bij een goede bekostigingssystematiek zijn veel minder regels nodig. De bekostigingssystematiek zorgt namelijk ervoor dat de doelen van de instelling dezelfde zijn als de doelen van de maatschappij. Extern toezicht kan dan worden vervangen door intern toezicht. Het voordeel daarvan is dat instellingen hun eigen strategische doelstellingen kunnen vaststellen. Een voorwaarde is dat de Raden van Toezicht capabeler en onafhankelijker worden en de Raden van Bestuur de betrokkenen ook echt gaan afrekenen op de afgesproken doelstellingen. Voorwaarde is ook dat de doelstellingen transparant zijn.

Summary

Introduction

This research aims to answer the following questions:

1. What explanations can be found for differences in the growth of labour productivity between healthcare organisations?
2. What obstacles and stimuli do healthcare organisations experience to improve labour productivity and innovative power?
3. Is there a difference between perceived and real obstacles and stimuli?

The research forms part of a project conducted by the Ministry of Economic Affairs and Ministry of Health, Welfare, and Sport to improve labour productivity and to stimulate innovation in healthcare.

Answers to the research questions

1. Explanation of differences in the growth of labour productivity

Many healthcare organisations introduced changes to improve labour productivity. Real innovation, however, is less often introduced. Most changes seek to improve efficiency within the current production process. As there is no good indicator to measure labour productivity, we cannot explain the differences in the growth of labour productivity between organisations.

2. Obstacles and stimuli experienced by healthcare organisations

The obstacle that most organisations mention is that of the internal culture in healthcare organisations being unbusiness-like. Employees are afraid to criticise each other and this hampers change. Another obstacle that organisations mention is that of the culture of distrust in government organisations that are responsible for cost and quality control in healthcare. The way that these organisations supervise healthcare organisations decreases their flexibility. Other obstacles that are mentioned include uncertainty about government policy, and the way that organisations are financed. Healthcare organisations are financed on throughput rather than output. Innovation alters the production process and, hence, the throughput. Innovation, thus, often implies a smaller budget.

The financing system also contains stimuli according to healthcare organisations. It stimulates efficiency improvements without altering the production process. Moreover, the hospitals' financing system stimulates a decline in the number of inpatient hospital days because the amount that the hospital receives per hospital day is below cost. Furthermore, healthcare organisations mention budget constraints, competition, and intrinsic motivation as incentives for efficiency improvement.

3. *Real obstacles and stimuli*

Almost all of the obstacles and stimuli perceived by healthcare organisations are real. However, the appraisal of the importance of obstacles and stimuli as perceived by healthcare organisations is unrealistic. We see the financing system of healthcare organisations and the lack of competition between organisations as the main obstacles for innovation. These result in an unbusiness-like internal culture.

Policy options

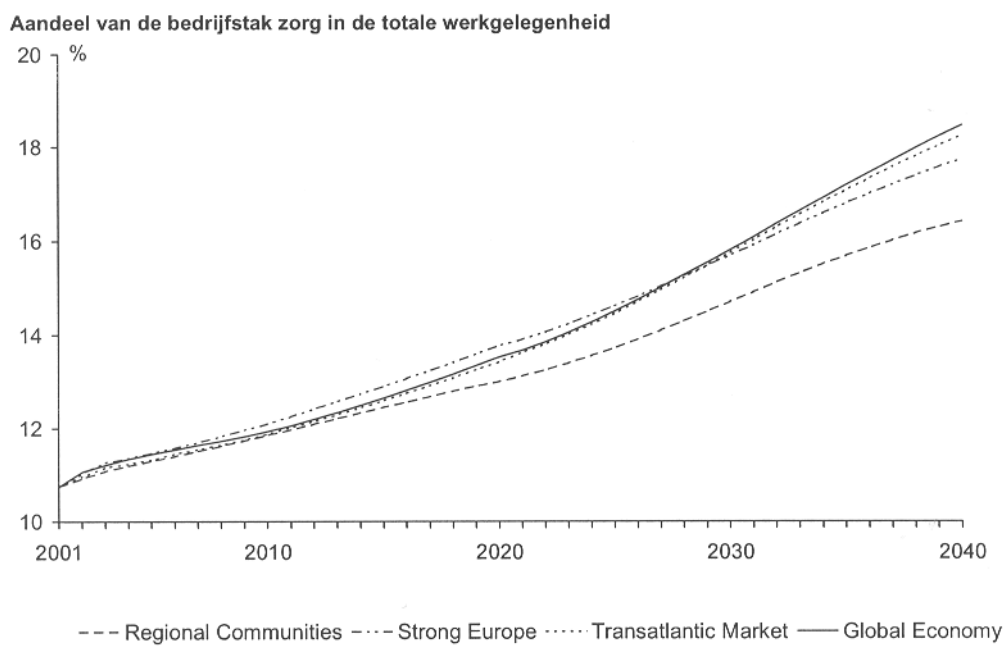
1. Changing the financing system:
 - a) Financing output instead of throughput. The output should be closely related to the objective of healthcare: health improvement or improvement inequality of life. If an organisation, because of an innovation, can produce the same 'quality of life' at less cost it should keep this advantage long enough to compensate for the costs of innovation.
 - b) Financing independent of the kind of organisation. The financing should be product-driven not organisation-driven. This will facilitate integrated healthcare services.
 - c) Healthcare organisations must be able to build up financial reserves. This will stimulate them to innovate and, at the same time, provide them with the means to innovate. Subsidies for the diffusion of innovation can be abolished.
2. Increasing competition:
 - a) Benchmarking will make the effects of innovation more visible, to clients and to each other. This will stimulate competition and innovation.
 - b) Budgets for healthcare organisations should not be centrally determined. This causes organisations to focus their attention on the central authority which determines the budgets. Budgets should depend exclusively on the demands of clients. This way, healthcare organisations are forced to focus their attention on their clients.
 - c) Less regulation. This will increase flexibility and, as a result, the possibility for healthcare organisations to react to the market.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Het Centraal Planbureau (CPB) verwacht dat in 2040 een groot deel van de Nederlandse beroepsbevolking in de zorg moet werken om te voldoen aan de zorgvraag die er dan zal zijn. In het CPB-scenario 'regional communities' zal 16% van de beroepsbevolking naar verwachting in de zorg werken en in het CPB-scenario 'global economy' is dat zelfs 19% (zie figuur 1/1). Momenteel, in 2005, werkt 11% van de beroepsbevolking in de zorg. Prismant verwacht voor de toekomst zelfs een nog sterkere stijging: volgens Prismant zal het aantal werknemers in de sector zorg en welzijn tot 2025 moeten toenemen tot 22%. Het is de vraag of er in de toekomst zo veel mensen zijn die willen werken in de zorg. Er dreigt een discrepantie tussen de vraag naar en het aanbod van zorgpersoneel te ontstaan.

Figuur 1/1



Bron: CPB (2004)

Het CPB veronderstelt een kleine arbeidsproductiviteitsgroei (tussen de 0,5% en 1,0% per jaar, afhankelijk van het scenario). Prismant heeft in het onderzoek aangenomen dat de arbeidsproductiviteit in de zorg gelijk blijft. Dit is relevant, omdat een verhoging van de

arbeidsproductiviteit ertoe leidt dat er een minder groot tekort aan werknemers in de zorgsector zal ontstaan. Een verhoging van de arbeidsproductiviteit betekent immers dat met hetzelfde aantal mensen meer werk wordt verricht. Er kan dan dus meer zorg worden verleend. Arbeidsproductiviteitsverhoging lijkt daarmee de ideale oplossing om de discrepantie tussen de vraag en het aanbod van zorgverleners te verkleinen.

Verhoging van de arbeidsproductiviteit gaat in de zorg echter niet vanzelf: schattingen van de arbeidsproductiviteitsstijging in de zorg in de periode 1994-2004 liggen rond de nul procent (Vandermeulen, 2005). De vraag is waarom er tussen 1994 en 2004 geen groei was en hoe de arbeidsproductiviteit wel kan worden verhoogd.

De Interdepartementale Commissie Marktwerking heeft een werkgroep die zich bezighoudt met de mogelijkheden van een arbeidsproductiviteitsverhoging in de zorg. De werkgroep heeft de volgende taakopdracht gekregen:

Op welke wijze kunnen VWS, zorgaanbieders en andere betrokken partijen een constructieve bijdrage leveren aan de verhoging van de arbeidsproductiviteit en innovatieve kracht in de zorg?

Om de werkgroep van informatie te voorzien, hebben de Ministeries van EZ en VWS de volgende onderzoeksvragen gesteld aan SEO Economisch Onderzoek en Plexus.

- Waardoor kunnen verschillen in arbeidsproductiviteitsgroei tussen zorginstellingen worden verklaard?
- Welke belemmeringen en stimulansen ervaren instellingen om de arbeidsproductiviteit en de innovatieve kracht te verhogen?
- Welke belemmeringen en stimulansen zijn feitelijk aanwezig om de arbeidsproductiviteit en de innovatieve kracht te verhogen?

1.2 Onderzoeksaanpak

Wij hebben de onderzoeksvragen onderzocht op basis van deskresearch en interviews met zorginstellingen. De deskresearch bestond vooral uit het bestuderen van de wetenschappelijke literatuur. Vervolgens zijn enkele interviews gehouden, onder andere met de brancheorganisaties, om vervolgininterviews met de zorginstellingen voor te bereiden. Daarna zijn semi-gestructureerde vragenlijsten opgesteld voor de gesprekken met de zorginstellingen. Per instelling zijn gesprekken gehouden op drie niveaus: het hogere managementniveau, het middenmanagementniveau en het laagste managementniveau (de teamleiders). We hebben dit gedaan omdat een gebrek aan innovatieve kracht veroorzaakt kan worden door instituties, maar ook kan worden veroorzaakt binnen de instelling door de kwaliteit van het management. Het aantal gesprekken dat wij hebben gehouden, verschilt per branche: vanwege de diversiteit van de werkzaamheden in de ziekenhuisbranche hebben wij daar gesprekken gevoerd met twee verschillende afdelingen. In de overige branches lijken de

werkzaamheden meer op elkaar, daarom hebben wij daar met één afdeling gesproken. In tabel 1/1 is samengevat hoeveel gesprekken per type instelling wij hebben gevoerd. In bijlage 1 is de lijst met instellingen opgenomen die hebben deelgenomen aan het onderzoek.

Tabel 1/1 Aantal gesprekken naar branche

| | Aantal gesprekken per instelling | | | | Totaal aantal gesprekken |
|-------------------|----------------------------------|------------|-------------------|------------------|--------------------------|
| | Aantal instellingen | Werknemers | Midden-management | Hoger management | |
| Thuiszorg | 10 | 1 | 1 | 1 | 30 |
| V&V | 7 | 1 | 1 | 1 | 21 |
| Ziekenhuiszorg | 9 | 2 | 2 | 1 | 45 |
| Gehandicaptenzorg | 10 | 1 | 1 | 1 | 30 |
| GGZ | 9 | 1 | 1 | 1 | 27 |
| Totaal | 45 | | | | 153 |

1.3 Leeswijzer

Het onderzoeksrapport bestaat uit vijf hoofdstukken. In hoofdstuk 2 geven wij het theoretisch kader voor dit onderzoek. Wij gaan eerst in op de vraag wat arbeidsproductiviteit is. Arbeidsproductiviteitsgroei begint doorgaans met een innovatie. In hoofdstuk 2 beantwoorden wij vervolgens de vragen welke innovaties er zijn en waarom innovaties wel of niet worden doorgevoerd. Cruciaal in de beslissing om een innovatie door te voeren, zijn de baten voor de instelling. Deze hangen in de zorgsector sterk af van de bekostigingssystematiek. In hoofdstuk 2 beschrijven wij daarom kort de bekostigingssystematiek in Nederland in de vijf beschouwde branches. Ook laten wij, door een beperkte internationale vergelijking, zien hoe de bekostigingssystematiek de innovatieve kracht en arbeidsproductiviteit in de zorg beïnvloedt. Hoofdstuk 3 beschrijft welke innovaties de instellingen in de zorg hebben doorgevoerd en waarom. In hoofdstuk 4 benoemen we de belemmeringen en stimulansen die instellingen ervaren bij het doorvoeren van een innovatie en bespreken wij de feitelijke belemmeringen en de stimulansen. Het onderzoeksrapport eindigt in hoofdstuk 5 met beleidsaanbevelingen. Daarin geven wij aan op welke wijze de innovatieve kracht in de zorg kan worden verbeterd.

2 Achtergrond

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk behandelen wij enkele onderwerpen die wij als uitgangspunt voor ons onderzoek hebben gebruikt. Als eerste gaan wij in paragraaf 2.2 in op de definitie van arbeidsproductiviteit. Vervolgens bespreken wij in paragraaf 2.3 theoretische noties over het innovatieproces: waarom innoveren bedrijven en wat bepaalt de diffusiesnelheid? De baten van innovatie voor het bedrijf zijn daarbij van cruciaal belang. Deze zijn voor zorginstellingen sterk afhankelijk van de bekostigingssystematiek. In paragraaf 2.4 bespreken wij aan welke eisen een bekostigingssystematiek moet voldoen. Dit zijn dezelfde eisen die aan prestatiebeloning worden gesteld. De feitelijke bekostigingssystematiek voor zorginstellingen beschrijven wij kort in paragraaf 2.5. Tot slot kijken wij wat er mis kan gaan als de bekostigingssystematiek niet aan de eisen voldoet door enkele landen met elkaar te vergelijken.

2.2 De betekenis van het begrip ‘arbeidsproductiviteit’

Voordat wij kijken naar de mogelijkheden om de arbeidsproductiviteit te verhogen, is het belangrijk om te definiëren wat arbeidsproductiviteit is. Wij verstaan onder ‘arbeidsproductiviteit’ de productie per ingezette eenheid arbeid. Dat is geen eenvoudige definitie. Zowel de teller als de noemer is problematisch. Als noemer (de ingezette eenheid arbeid) wordt in internationale vergelijkingen vaak het aantal werkzame personen genomen. Omdat in Nederland het aantal deeltijdwerkers groot is, wordt hier meestal het arbeidsvolume in voltijdsequivalenten genomen (Van Hilten e.a., 2005). In die definitie echter zou arbeidstijdverkorting leiden tot een daling van de arbeidsproductiviteit. Beter is het daarom het contractuele aantal arbeidsuren in de noemer te zetten. De teller (de productie) is in de zorg problematischer. Wij definiëren het product van de zorg als de mate waarin de geleverde zorg de kwaliteit van leven verhoogt, oftewel de mate waarin mensen gezonder of gelukkiger zijn geworden dankzij de zorg. Wij hanteren daarmee een zogenoemde *outcome* of ‘effectmaat’ voor de zorgproductie.

Omdat dergelijke maten vaak niet bestaan, wordt er als op-een-na-beste optie vaak voor gekozen om productie te meten in *output*-termen. Een product in termen van *output* is bijvoorbeeld een ontslagen patiënt. De arbeidsproductiviteit kan dan worden gemeten als het aantal behandelde patiënten per contractueel arbeidsuur. Een groot probleem bij een dergelijke definitie van productie is dat de zorgzwaarte van patiënten sterk verschilt. Een afname van de zorgzwaarte leidt bij gegeven inputs tot een toename van de productie en dus tot een toename van de arbeidsproductiviteit. Hetzelfde geldt

voor een kwaliteitsvermindering. In de praktijk wordt daarom meestal uitgegaan van *throughput* of intermediaire productie, zoals verpleegdagen of het aantal uren thuiszorg. De *throughput* houdt meer rekening met de zorgzwaarte van patiënten. Een toename van het aantal verpleegdagen per fte of het aantal uren thuiszorg per fte wil echter nog niet zeggen dat de hoeveelheid geleverde ‘kwaliteit van leven’ per fte is toegenomen. In de ziekenhuisbranche is het beleid erop gericht het aantal verpleegdagen terug te brengen: patiënten worden zodra het mogelijk is na een operatie naar huis gestuurd. Hetzelfde aantal patiënten kan daardoor met minder personeel worden geholpen. Maar er staat ook minder productie tegenover: het aantal verpleegdagen vermindert immers. Het aantal verpleegdagen per fte zal hetzelfde blijven of zelfs iets dalen, omdat de gemiddelde zorgzwaarte van een te verplegen patiënt zal toenemen en er meer handen aan het bed nodig zijn. De arbeidsproductiviteit gemeten in geleverde kwaliteit van leven per fte zal echter toenemen. De kortere ligduur zal de geleverde kwaliteit van leven per patiënt niet verminderen. Dezelfde hoeveelheid kwaliteit van leven wordt nu geleverd met minder mensen. Hetzelfde geldt voor het aantal uren thuiszorg per fte. Als per uur thuiszorg meer kwaliteit van leven wordt geleverd, dan neemt de arbeidsproductiviteit in *outcome*-termen toe, terwijl de arbeidsproductiviteit in *output*-termen gelijk blijft.

De opdracht voor de toekomst is de productie van ‘kwaliteit van leven’ met zo min mogelijk arbeid te verrichten. De toekomstige zorgbehoefte kan dan met minder inzet van mensen worden geproduceerd.

2.3 Het innovatieproces

2.3.1 Motieven van bedrijven om te innoveren

In de marktsector innoveren bedrijven omdat ze daarmee hun langetermijnpositie kunnen handhaven. Zij kunnen dat doen door hun kosten te verlagen (door procesinnovatie). Daardoor kunnen zij bij een gegeven prijs een hogere marge realiseren of bij een lagere prijs meer omzet genereren. Ze kunnen het ook doen door productinnovatie. Als zij een product bieden dat zich onderscheidt van het product van de concurrent, dan kunnen zij een hogere prijs vragen dan de concurrent of meer klanten trekken. Ook op die manier vergroten zij hun omzet en winst (Porter, 1985). Bedrijven hebben dus belang erbij zelf te innoveren. Maar het is ook belangrijk de innovaties van anderen snel over te nemen.

Het belang van zelf innoveren is groter naarmate het langer duurt voordat andere bedrijven de innovatie overnemen. Bedrijven kunnen dan langer hun hogere marge handhaven. Zodra andere bedrijven de innovatie overnemen, zijn ze hun voorsprong kwijt. De consument heeft er wel een groot belang bij dat de innovatie snel wordt overgenomen: als andere bedrijven de innovatie overnemen, gaan de prijzen omlaag. In een goed werkende markt wordt een innovatie dus niet te

snel overgenomen (want dan zal geen enkel bedrijf meer innoveren), maar ook niet te langzaam (want dan komen de voordelen van de innovatie niet ten goede aan alle consumenten). In de geneesmiddelenindustrie bijvoorbeeld kan de concurrent makkelijk innovaties overnemen, want een pil is gemakkelijk na te maken. De prijzen van het nieuwe geneesmiddel zullen snel dalen. De kosten van innoveren, wegen dan voor de innovator niet op tegen de opbrengsten. Om die reden beschermt de overheid nieuwe geneesmiddelen met patenten.

2.3.2 Soorten innovaties

Schumpeter definieerde in 1939 innovatie als een verandering van het productieproces. (Schumpeter, 1939). Hij onderscheidt productinnovaties en procesinnovaties. In beide gevallen moet er sprake zijn van een wijziging van het productieproces en niet alleen van een andere verhouding van *inputs* in het productieproces.

Momenteel is er veel discussie over de vraag of innovatie in de dienstensector op dezelfde manier kan worden gedefinieerd en gemeten als in de industriële sector. Flikkema en Jansen betogen dat de gangbare definitie van innovatie te veel gericht is op technologische vormen van innovatie. Door deze definitie wordt de innovativiteit van de dienstensector onderschat (Flikkema en Jansen, 2004). Zij opteren voor een bredere definitie van innovatie, waarbij alle vernieuwingen van producten, diensten en processen als innovaties worden gezien. Een brede definitie is bijvoorbeeld die van Pomp (2003). Hij definieert innovatie als: ‘vernieuwing die bijdraagt aan een toename van de productiviteit en/of de welvaart in brede zin’. Als deze definitie wordt gehanteerd, vallen niet alleen de gebruikelijke product- en procesinnovaties onder de definitie. De Nooij en Poort (2005) nemen de definitie van Pomp over en onderscheiden naast proces- en productinnovaties ook sociale innovaties. Daaronder verstaan ze veranderingen die leiden tot een productiviteitsverhoging, maar niet onder proces- of productinnovatie vallen. Als voorbeeld noemen ze reorganisaties, personeelsmanagement, ziekteverzuimbeleid en loopbaanplanning.

Een dergelijke brede definitie sluit echter niet aan bij het gangbare spraakgebruik: sociale innovaties worden over het algemeen niet als innovatie betiteld. Schumpeter zou deze vernieuwingen niet als innovatie definiëren. Zij leiden immers niet tot een verandering van het productieproces, alleen tot een efficiëntere inzet van arbeid. Ook in het dagelijks spraakgebruik zal een ander personeelsbeleid niet als innovatie worden gezien. Om verwarring te voorkomen, zullen wij dan ook de definitie van Schumpeter hanteren. Innovatief noemen wij alle veranderingen die gepaard gaan met een wijziging van het productieproces. Dat kunnen zowel product- als procesinnovaties zijn. Als veranderingen niet gepaard gaan met een wijziging van het productieproces maar wel met een verhoging van de arbeidsproductiviteit, dan duiden wij ze aan met de term ‘efficiencyverbeteringen’. Op basis van de literatuur onderscheiden wij vier soorten veranderingen in de zorg die leiden tot een hogere arbeidsproductiviteit. Het gaat om efficiencyverbeteringen op het gebied van:

1. organisatiestructuur;
2. personeelsbeleid;
3. behandelingsmethoden;
4. informatievoorziening.

Organisatiestructuur

Er is momenteel veel aandacht voor de organisatie van de zorg, mede naar aanleiding van het rapport van TPG over de logistiek in de zorg (TPG, 2004). Door een betere planning en logistiek is een flinke efficiencywinst te halen. Voorbeelden zijn de cataractstraten en de mammapoli's. Specialisatie en uniformering blijken te leiden tot een grotere efficiency. Als gevolg van specialisatie raken artsen bijvoorbeeld meer bedreven en kunnen zij een specifieke operatie sneller en beter uitvoeren. Uniformering, bijvoorbeeld door te werken met protocollen, leidt tot snellere beslisprocessen en minder fouten (Stokdijk, Klay en Van Gulick, 2004).

Naast wijzigingen in de logistiek binnen de instelling zijn er momenteel veel initiatieven om meer integrale zorg te leveren aan patiënten met een specifieke aandoening, zoals diabetes of een beroerte. Daarbij wordt samengewerkt door instellingen, waaronder bijvoorbeeld ook de thuiszorg en de huisarts. Uit een internationale vergelijking concluderen wij dat dit de arbeidsproductiviteit vergroot (zie paragraaf 2.6).¹

Een derde verandering van de organisatiestructuur om de arbeidsproductiviteit te vergroten, is *outsourcing*. Een organisatie heeft idealiter alleen die taken in huis waarvoor de kosten van inhuren hoger zijn dan van zelf doen; andere taken worden uitbesteed. Zo kan een gespecialiseerde cateraar vaak goedkoper maaltijden leveren dan een interne keuken. Hetzelfde geldt voor de salarisadministratie of de IT-ondersteuning. Taken die niet al te zeer verweven zijn met het primaire proces kunnen eventueel worden uitbesteed (Kok, 2003). Uit onderzoek onder Nederlandse ziekenhuizen blijkt dat *outsourcing* inderdaad tot een grotere efficiëntie leidt (Blank en Eggink, 1998).

Logistieke veranderingen die geen wijziging in de productieproces teweeg brengen, zoals beter plannen, zijn volgens onze definitie geen innovaties. Als ze leiden tot een hogere arbeidsproductiviteit zijn het echter wel efficiencyverbeteringen. Integrale zorg en outsourcing leiden meestal wel tot veranderingen in het productieproces en kunnen daarom worden betiteld als procesinnovaties.

Personeelsbeleid

Het tweede aangrijppingspunt voor verhoging van de arbeidsproductiviteit is het personeelsbeleid. De meeste veranderingen op dit gebied zijn erop gericht de motivatie van de werknemers te verhogen.

¹ Ook onderlinge samenwerking tussen ziekenhuizen levert productiviteitswinst op (Blank en Eggink., 1998).

Beter gemotiveerde werknemers produceren immers meer en verzuimen minder (Kok e.a., 2002). Uit onderzoek naar het ziekteverzuim in de zorg op basis van verzuimdata van Vernet en CBS-data blijkt namelijk dat het relatief hoge verzuim in de zorg – in tegenstelling tot de praktijkervaring van werkgevers en werknemers – niet wordt verklaard door de fysieke en mentale belasting. De onderzoekers concluderen: *‘Wel relevant voor de verzuimfrequentie blijken factoren als een slechtere intrinsieke reward (minder kansen op promotie, ontplooiing en aansluiting tussen werk en opleiding). Significants voor de verzuimduur blijkt daarnaast de werksfeer, de mate van autonomie en de regelmogelijkheden voor de werknemers’* (Reijnga, Zwinkles en Van Vuuren, 2004). Kennelijk doet de zorgsector het slechter dan andere sectoren op de bovengenoemde factoren. Goed personeelsbeleid levert dus een belangrijke bijdrage aan terugdringing van het verzuim en daardoor aan de verhoging van de arbeidsproductiviteit. Hoe ziet het ideale personeelsbeleid eruit?

Een eerste mogelijkheid is werk inhoudelijk interessanter te maken. Dat kan bijvoorbeeld door het delegeren van verantwoordelijkheden. Dit blijkt de motivatie en arbeidsproductiviteit van werknemers te vergroten (Jongkind, Oeij en Vaas, 2004). Ook functiedifferentiatie kan de motivatie en het werkplezier verhogen. Functiedifferentiatie kan daarnaast ook leiden tot een verlaging van de kosten: met minder middelen (door goedkoper personeel) kan dezelfde zorg worden geboden. De effecten van meer functiedifferentiatie zijn overigens niet eenduidig. Als werkzaamheden worden verschoven naar lager geschoold kan de kwaliteit dalen en kan de kosteneffectiviteit afnemen. De inzet van hooggeschoolde verpleegkundigen in plaats van artsen is vaak wel kosteneffectief en kwaliteitsverhogend (Buchan en Dal Poz, 2002).

Een tweede mogelijkheid om de motivatie van personeel te verhogen is de introductie van prestatiebeloning. Het is gebaseerd op het principe dat de doelen van de instellingen en de werknemers (of de maatschappij en de instellingen) niet per definitie gelijk zijn. Een instelling kan bijvoorbeeld streven naar zo veel mogelijk omzet, terwijl een werknemer streeft naar zo veel mogelijk plezier in het werk. Prestatiebeloning kan ervoor zorgen dat ook de werknemer gaat streven naar zo veel mogelijk omzet. Het is wel van belang dat prestatiebeloning op de juiste manier is vormgegeven: een verkeerd vormgegeven prestatiebeloningssysteem kan tot een verminderde motivatie leiden.

Veranderingen in het personeelsbeleid zijn volgens onze definitie ook geen innovaties, maar zij kunnen wel leiden tot efficiencyverbetering.

Behandelmethode

Het derde aangrijpingspunt om de arbeidsproductiviteit te verbeteren, ligt in nieuwe behandelmethoden. Daarbij kan worden gedacht aan nieuwe medicijnen, nieuwe therapieën of nieuwe technologische hulpmiddelen.

Uit onderzoek blijkt dat invoering van nieuwe medicijnen in het verleden heeft geleid tot lagere zorgkosten (Lichtenberg, 2002; Goudriaan, 2004). Uit het onderzoek van Lichtenberg bleken

nieuwere medicijnen te leiden tot hogere medicijnkosten, maar daar stond een besparing in de rest van de zorg tegenover die zeven keer zo hoog was. De besparing trad vooral op in de ziekenhuiszorg. Daarnaast daalden ook de kosten van artsenbezoek en thuiszorg.

Een voorbeeld van nieuwe therapieën zijn de gedragstherapieën. In plaats van jarenlange psychotherapie gericht op het begrijpen van de problemen focussen deze korte therapieën op verandering van het gedrag (Keuzenkamp en Kok, 2002). Een andere vorm van behandeling is ook de activiteiten te verschuiven naar de patiënt. Zo werken fysiotherapeuten steeds vaker met oefentherapie, waarbij de cliënt zelf de oefeningen doet, vaak in groepsverband. Diabetes- en hartpatiënten wordt geleerd zelf controles uit te voeren, zodat ze niet elke keer naar het ziekenhuis of de huisarts hoeven. Ook in verpleeg- en verzorgingshuizen worden bewoners meer gestimuleerd tot zelfredzaamheid.² Als de kwaliteit van leven van patiënten hierdoor niet afneemt, dan neemt de arbeidsproductiviteit toe.

Een voorbeeld van een behandeling met een nieuw technologisch hulpmiddel is de operatie met laparoscopie. Omdat deze operaties minder ingrijpend zijn voor de patiënt, is het aantal ligdagen in het ziekenhuis minder. Ook in de *care* zijn er voorbeelden van nieuwe technologische hulpmiddelen die de arbeidsproductiviteit verbeteren zoals hulpmiddelen om steunkousen aan te trekken, incontinentiemateriaal met een groter opnamevermogen, domotica (elektronica in huis om bijvoorbeeld de gordijnen open en dicht te doen) en de meest recente ontwikkelingen op het terrein van telemedicine: het met behulp van een videocamera adviseren van patiënten thuis.

Nieuwe behandelmethoden brengen een wijziging in het productieproces teweeg en kunnen over het algemeen worden gezien als productinnovaties.

Informatievoorziening

Een voorwaarde voor al deze innovaties is goede informatievoorziening. Investerings in informatie- en communicatietechnologie (ICT) dragen sterk bij aan organisatorische veranderingen in de dienstensector (Van Ark, 2003). Pas met de juiste informatie kunnen de processen worden gestroomlijnd. Informatie is ook nodig voor een goed personeelsbeleid. Er kan immers wel tegen mensen worden gezegd dat ze op bepaalde aspecten worden afgerekend, maar als de informatie over deze aspecten niet aanwezig is, dan heeft het geen zin om mensen daarop af te rekenen en zo te prikkelen om hun best te doen. In de zorg blijkt het gebruik van ICT achter te lopen op de rest van de economie. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat de inzet van ICT de arbeidsproductiviteit verhoogt, mits goed ingezet (Menon, Lee en Eldenburg, 2000, Ko en Osei-Bryson, 2004).³

² Levensvreugde is goedkoop, Het NRC Handelsblad, 18 september 2004

³ Als productie is het aantal ligdagen genomen. Hetzelfde aantal ligdagen kon worden geproduceerd met minder arbeid.

Investeringen in ICT brengen in het algemeen een wijziging van het productieproces met zich en zijn in onze definitie dan ook procesinnovaties.

2.3.3 Diffusiesnelheid

Wat bepaalt nu de innovatieve kracht van een sector? In zijn algemeen wordt een innovatie ontwikkeld of overgenomen op het moment dat de baten hoger zijn dan de kosten (Hall, 2004). De kosten van innovatie gaan wel voor de baat uit: de kosten worden in het begin gemaakt, terwijl de baten zich over een langere periode daarna uitstrekken. Een beslissing over een innovatie is vergelijkbaar met een investeringsbeslissing. Onzekerheid speelt een belangrijke rol bij de diffusie van innovaties: hoe onzekerder de opbrengsten, hoe langzamer de diffusie zal verlopen (Pindyck, 1991). Bij een grote mate van onzekerheid kiezen bedrijven eerder voor uitstel van een innovatie. Informatie speelt hierin een rol: hoe meer informatie over de kosten en opbrengsten, hoe minder groot de onzekerheid is en hoe meer er zal worden geïnvesteerd. Uitstel van de innovatie heeft een tweeledig doel. In de tussentijd ten eerste kan meer informatie worden vergaard. Ten tweede kan uitstel meer zekerheid opleveren over de marktomstandigheden (Pindyck, 1991). In de zorg speelt onzekerheid over politieke beslissingen en regelgeving bijvoorbeeld een rol: als er veel beleid op stapel staat zal een instelling geneigd zijn af te wachten en een mogelijke innovatie uit te stellen totdat meer helderheid bestaat. Veel beleid remt op die manier innovaties. Een ander element dat belangrijk is in de diffusie van innovaties is de context waarin de innovatie plaatsvindt: de marktstructuur en de regelgeving. De marktconcentratie kan de kosten en de baten van innovaties voor bedrijven beïnvloeden. Regelgeving kan innovaties vertragen, maar goede regelgeving kan innovaties versnellen. Een vijfde element is cultuur, waarbij het erom gaat of de innovatie aansluit bij heersende waarden en normen in de organisatie of niet. Uit onderzoek blijkt dat culturele verschillen tussen landen in de mate van risico-aversiteit en competentiegerichtheid meebepalen wat de diffusiesnelheid is van innovaties (Tellis, Stremersch en Yin, 2002).

Samengevat zijn er vijf elementen die een rol spelen bij de diffusie van innovaties (Hall, 2004):

1. de baten van de innovatie;
2. de kosten van de innovatie;
3. onzekerheid over de kosten en de baten;
4. marktstructuur en regelgeving;
5. cultuur.

De diffusiesnelheid in een sector hangt niet alleen af van de snelheid waarin bedrijven de innovatie overnemen, maar ook van de snelheid van de diffusie binnen een bedrijf (Battista en Stoneman, 2002). Beide snelheden worden bepaald door de genoemde vijf factoren. Als de bedrijven in een sector bijvoorbeeld goed geïnformeerd zijn over de kosten en de baten van een bepaalde innovatie, dan kan de innovatie zich snel verspreiden over bedrijven. De diffusie binnen bedrijven kan echter

stagneren als de informatievoorziening binnen bedrijven niet goed is en managers niet overtuigd zijn van de voordelen van de innovatie.

Rogers heeft onderzocht waarom de ene organisatie sneller veranderingen doorvoert en innovaties overneemt dan andere organisaties. Hij vond vooral drie factoren die daar verantwoordelijk voor zijn (Rogers, 1995):

1. de plaats van de organisatie in een netwerk. Met de toename van het aantal professionele en sociale contacten van medewerkers van de organisatie neemt ook de innovativiteit van de organisatie toe.
2. de mate van risicoaversiteit;
3. de financiële situatie van de organisatie: een betere financiële situatie bevordert de innovativiteit.

De eerste twee factoren hebben vaak vooral te maken met de persoon van de directeur. Als dit iemand is met een sterk netwerk die bereid is om risico's te nemen, dan worden innovaties eerder doorgevoerd. Een sterk netwerk van de directeur levert bijvoorbeeld meer informatie op over de kosten en de baten van innovaties en het kan ook betekenen dat goedkope financieringsbronnen kunnen worden aangeboord.

2.4 Principes van bekostiging en prestatiebeloning

In de marktsector innoveren bedrijven om hun winst te vergroten. In een perfecte markt leidt dat tot welvaartswinst. Het belang van de onderneming en de maatschappij loopt dan parallel: consumenten betalen immers een prijs voor het product. Als de prijs van het product niet overeenkomt met het nut dat het de consumenten oplevert, dan zullen zij het product niet kopen. Een 'onzichtbare hand' zorgt ervoor dat de geproduceerde goederen voldoen aan de wensen van consumenten en dat ondernemers een voortdurende drang hebben een voorsprong te nemen op hun concurrenten.

In de zorg is dit mechanisme ernstig verstoord. Dit komt vooral doordat consumenten verzekerd zijn en geen prijs betalen aan de zorgaanbieder (Zweifel en Manning, 2000). De zorgaanbieder gaat zich daardoor richten op de wensen van degene die hem betaalt en niet op de zorgconsument. De bekostigingssystematiek is dus leidend voor het gedrag van de zorgaanbieder. Als de bekostigingssystematiek goed is vormgegeven, dan zal de zorgaanbieder de juiste prikkels ervaren om te innoveren. Maar als de bekostigingssystematiek niet goed is vormgegeven, dan geeft het de verkeerde prikkels.

Binnen bedrijven in de marktsector speelt hetzelfde probleem. Daar is het marktmechanisme vervangen door een hiërarchische verhouding. Een werknemer ervaart dan geen marktprikkels, omdat hij in loondienst is. Een ondernemer kan dit probleem ondervangen door alleen met

freelancers te werken, want zij hebben in het algemeen sterkere *incentives* om hard te werken. Bovendien is het gemakkelijker taken aan diegene te geven die ze het best kan vervullen. Nadeel van freelancers kan zijn dat telkens een contract moet worden gesloten: de transactiekosten die dat vergt, wegen meestal niet op tegen de voordelen van freelancers. Organisaties werken daarom in het algemeen vooral met mensen in loondienst.

Er is veel onderzoek gedaan naar de optimale vormgeving van beloningssystemen in situaties waarin het marktmechanisme ontbreekt. Meestal gaat het dan om individuele prestatiebeloningssystemen. Maar dezelfde principes gelden voor de bekostigingssystematiek in organisaties. De eisen zijn dezelfde als bij de vormgeving van prestatiebeloning: in beide gevallen gaat het namelijk om het geven van de juiste incentives. Daarbij moeten de richting van de prikkels en ook de sterkte van de prikkels goed zijn.

Prestatiebeloning kan de arbeidsproductiviteit binnen een organisatie op twee manieren bevorderen. In de eerste plaats zorgt prestatiebeloning ervoor dat individuele medewerkers worden geprikkeld zich meer in te zetten voor productieve doeleinden. Een goed systeem van prestatiebeloning zorgt dus niet alleen ervoor dat mensen ‘harder gaan lopen’, maar ook dat ze ‘de goede kant opgaan’. In de tweede plaats zorgt beloning op basis van prestaties ervoor dat productieve medewerkers zich aangetrokken voelen tot de organisatie. Productieve types solliciteren immers in het algemeen eerder bij een organisatie die de beloning strak koppelt aan de prestaties, terwijl minder productieve werknemers meer inkomen ontlene aan een vlakke salarisstructuur. De invoering van prestatiebeloning zorgt dus ervoor dat de populatie van werknemers verandert: minder productieve werknemers vertrekken en nieuwe vacatures worden door meer productieve werknemers vervuld. Prestatiebeloning genereert op die manier ook een selectie-effect. Uit een voorbeeld van Lazear (1997) over een bedrijf dat autoruiten vervangt, blijkt dat invoering van prestatiebeloning de arbeidsproductiviteit met meer dan veertig procent deed toenemen. De helft van de toename is komt doordat monteurs die blijven productiever worden, terwijl de andere helft van de productiviteitsstijging wordt verklaard door het hierboven beschreven selectie-effect.

Om deze positieve effecten te bereiken, moet prestatiebeloning (en een bekostigingssystematiek) op een bepaalde manier worden vormgegeven. In hoofdlijnen gaat het om de volgende eisen:

1. De prestatiemaatstaven moeten:
 - a) in overeenstemming zijn met het doel van de organisatie. In de zorg hebben wij dit doel gedefinieerd als ‘verhogen kwaliteit van leven’ (zie paragraaf 2.2). De prestatiemaatstaven voor de instelling en voor de werknemers in de instelling moeten zijn gerelateerd aan dit doel.
 - b) beïnvloedbaar zijn door degene die erop wordt afgerekend. Stel dat ziekteverzuim wordt gezien als een risico dat de leidinggevende niet kan beïnvloeden, dan is ziekteverzuim daarmee geen geschikte prestatiemaatstaf.

Prestatiemaatstaven voor een bekostigingssystematiek van een instelling moeten objectief meetbaar zijn. Voor prestatiebeloning van werknemers kan, als er geen goede objectief meetbare prestatie maatstaf is, worden gekozen voor een subjectieve maatstaf. Ook die dient te voldoen aan de eisen van doelgerelateerdheid en beïnvloedbaarheid. Een subjectieve prestatie standaard heeft wel als nadeel dat de beloning afhankelijk is van de relatie tussen de beoordeelde en de beoordelaar.

2. Degene die wordt afgerekend op de prestatie maatstaven moet de beslissingsbevoegdheid hebben om beleid te voeren om de prestatie standaarden te halen. Als bijvoorbeeld besloten is dat de leidinggevende wordt afgerekend op het ziekteverzuim in de afdeling, dan moet de leidinggevende ook de vrijheid hebben beslissingen te nemen om het ziekteverzuim terug te dringen.
3. De prestatie standaard is de norm waarop wordt beoordeeld: wanneer presteert een instelling of werknemer boven of onder de norm? De norm wordt meestal bepaald door vergelijking met andere personen, afdelingen of instellingen dan wel door een vergelijking met het verleden.
4. De relatie tussen de prestatie en de beloning bepaalt de sterkte van de prikkel. De volgende aspecten zijn daarbij relevant:
 - a) de mate waarin de beloning afhankelijk is van de prestaties. Het salaris of het budget van een instelling kan volledig of gedeeltelijk afhankelijk zijn van de prestaties.
 - b) de manier waarop de beloning is gekoppeld aan de prestaties. Dat kan lineair (bijvoorbeeld in de vorm van stukloon), niet-lineair (bijvoorbeeld door *targets*), individueel of per team of instelling.
 - c) de vorm van de beloning. De beloning kan financieel zijn (bijvoorbeeld in de vorm van stukloon, een bonus, een promotie, een bepaalde ontslagkans), maar ook niet-financieel (een schouderklopje, meer status).
 - d) de verwachte hoogte van de beloning: deze moet concurrerend zijn. Een te hoge maar ook een te lage beloning verminderen de *incentive* om hard te werken.

2.5 Bekostiging van de zorg in Nederland

In deze paragraaf geven wij een kort overzicht van de bekostigingssystematiek van de AWBZ-gefinancierde branches en de ziekenhuizen.

AWBZ

De prestatie maatstaf in de AWBZ voor de extramurale zorg is ‘uren achter de voordeur’. Het maximumuurtarief wordt vastgesteld door het CTG-ZAio en is (sinds 1 april 2003) afhankelijk van de functie die wordt geleverd. De volgende functies worden onderscheiden:

1. behandeling;
2. activerende begeleiding;
3. ondersteunende begeleiding;
4. verpleging;
5. persoonlijke verzorging;
6. huishoudelijke verzorging;
7. verblijf (wordt alleen geleverd door intramurale instellingen).

Voor de intramurale zorg krijgen de instellingen momenteel een budget op basis van onder andere het aantal cliënten, het aantal bedden, het aantal verpleegdagen, het soort instelling en de zorgzwaarte (voor cliënten die meer uren zorg dan de basiszorg nodig hebben, kan de instelling aanvullende zorg gefinancierd krijgen).

AWBZ-zorg krijgt iemand als volgt: na de aanvraag stelt de indicatiesteller (het CIZ, voorheen RIO) vast of een verzekerde naar de aard, de inhoud en de omvang recht heeft op AWBZ-zorg. Het CIZ inventariseert de zorgbehoefte van de verzekerde en geeft aan voor welke functies, welke zorgklasse en welke termijn hij in aanmerking komt. Bij de indicatie geeft de verzekerde ook aan welke gecontracteerde aanbieder zijn voorkeur heeft. De zorgvraag wordt in de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR) geplaatst, met daarbij ook de eerste voorkeur van de verzekerde. Met dit indicatiebesluit gaat de verzekerde naar een zorgaanbieder die door het zorgkantoor is gecontracteerd. Daar wordt de zorgbehoefte omgezet in zorg. De zorgaanbieder van voorkeur heeft daarbij het recht om de patiënt als eerste te benaderen, waarna hij met de patiënt afspraken maakt over de zorg die wordt geleverd. Als de eerste voorkeur de zorg niet kan leveren of wanneer de patiënt geen voorkeur heeft, zal het zorgkantoor de patiënt verder begeleiden. Daarnaast kan de verzekerde zich met een indicatiebesluit voor extramurale zorg wenden tot het zorgkantoor voor een PGB, waarmee hij zelf zorg kan inkopen. Het zorgkantoor is ervoor verantwoordelijk dat verzekerden ook echt de hulp of de zorg krijgen die het CIZ in het indicatiebesluit heeft vastgesteld. Het zorgkantoor is gebudgetteerd. Tot 2003 was de bekostiging en ook de indicatiestelling van de AWBZ onderverdeeld naar branche. Elke branche (de verplegings- en verzorgingshuizen, de gehandicaptenzorg, de thuiszorg, de GGZ) kende zijn eigen bekostigingssystematiek. Sinds april 2003 worden de AWBZ-aanspraken gedefinieerd naar functie en sinds 2005 gebeurt ook de bekostiging van de extramurale AWBZ-zorg naar functie. Voor de intramurale AWBZ-zorg zal op zijn vroegst in 2007 worden overgegaan op de functiegerichte bekostiging.

Ziekenhuizen

Het budget van een ziekenhuis wordt opgebouwd uit vier kostencomponenten. Deze worden gebaseerd op vier categorieën kosten: de locatiekosten, de vaste kosten, de semi-vaste kosten en de variabele kosten. De vaste kosten, de semi-vaste kosten en de variabele kosten worden gebudgetteerd

op basis van het FB (functiegerichte budgettering)-model. Het budget van het ziekenhuis dat door de variabele kosten wordt bepaald, is afhankelijk van de volgende productieparameters:

1. opname;
2. dagbehandeling;
3. eerste polikliniekbezoek (EPB);
4. verpleegdag;
5. eerstelijnszorg (onder anderen röntgendiagnostiek en laboratoriumonderzoek ten behoeve van huisartsen);
6. speciale functies (onder andere intensive care, dialyse en brandwondenzorg).

De bedragen die per product worden vergoed (de budgetparameters) worden vastgesteld door het CTG-ZAio.

De verzekeraars maken afspraken over deze prestatie maatstaven met de ziekenhuizen over de productie. Het totale budget (de totale opbrengsten die een ziekenhuis in een jaar genereert) is afhankelijk van deze parameters.

De FB-systematiek bevat negatieve en positieve prikkels voor de arbeidsproductiviteit. Een positieve prikkel is dat de budgetparameter voor een verpleegdag onder de kostprijs ligt (Vandermeulen, 2003). Een verpleegdag levert ongeveer vijftig euro per dag op. Een opname daarentegen levert rond de duizend euro op (het bedrag verschilt per specialisme, zie de beleidsregels van CTG-ZAio). Ziekenhuizen hebben daardoor een prikkel het aantal verpleegdagen te verminderen en het aantal opnames te vergroten. Verder bevat de FB-systematiek een prikkel om het aantal nevenverrichtingen, zoals röntgenfoto's en laboratoriumonderzoek, te verminderen (Vandermeulen, 2003). Deze worden niet vergoed, behalve wanneer ze op verzoek van de huisarts worden verricht (dan gaat het om eerstelijnszorg).

Specialisten

Sinds 2002 worden door het ziekenhuis, de medisch specialisten en de zorgverzekeraar productieafspraken gemaakt die leiden tot een honorariumbudget. Dit budget is direct afhankelijk van het afgesproken volume aan zorg. Voor poortspecialismen wordt het zorgvolume uitgewerkt op basis van de FB-parameters (de opnames, dagverpleging en EPB). Voor poortspecialismen is het honorarium dus direct afhankelijk van de overeengekomen FB-parameters en niet van het daadwerkelijke aantal verrichtingen. Het is daardoor alleen mogelijk opbrengsten te genereren via verhoging van de productieafspraken. Ondersteunende specialismen (zoals radiologie en pathologie) worden niet op FB-parameters beoordeeld. Als de specialismen die zij ondersteunen meer verrichtingen doen, groeit het budget van de ondersteunende specialismen ook iets.

Ontwikkelingen: DBC's

Een Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) is het geheel van activiteiten en verrichtingen van het ziekenhuis en de medisch specialist dat voortvloeit uit de zorgvraag van een patiënt. Voor de verschillende mogelijke zorgvragen, de mogelijke diagnoses en de behandelingen zijn DBC's vastgesteld, in overleg met de betrokkenen (onder andere de ziekenhuizen en de specialisten). De DBC-systematiek geeft ziekenhuizen een prikkel de patiënt zo efficiënt mogelijk te genezen. Ziekenhuizen hebben er namelijk belang bij als de behandeling goedkoper wordt. In Portugal bleek de invoering van een vergelijkbare bekostigingssystematiek op basis van DRG's (Diagnose related groups) te hebben geleid tot kostenbesparing (Dismuke en Sena, 1999).

Per 1 januari 2005 is de DBC systematiek voor behandelingen in het zogenaamd B-segment (10% van de omzet) van kracht geworden. Voor het A-segment wordt het budget nog bepaald op basis van de functiegerichte budgettering. Wel declareren de ziekenhuizen ook voor het A-segment al wel DBC-tarieven (die zijn vastgesteld door het CTG-ZAio) bij de verzekeraars, maar dit heeft nog geen gevolgen voor het budget van het ziekenhuis. Als het ziekenhuis met deze declaraties te weinig geld binnenkrijgt om het afgesproken budget te vullen, dan moet de verzekeraar een (door het CTG-ZAio vastgestelde) opslag op de DBC-tarieven betalen. Als het ziekenhuis te veel geld heeft binnengekregen, dan krijgt de verzekeraar een korting (een afslag) op het DBC-tarief. Het ziekenhuis komt dus altijd op het afgesproken budget uit, behalve als het minder productie levert (in termen van FB-productieparameters) dan afgesproken met de verzekeraars. Voor de verzekeraar heeft de nieuwe wijze van declareren wel gevolgen: de verzekeraar betaalt door deze systematiek ook in het A-segment tarieven die verschillend zijn per ziekenhuis. Zowel voor het B- als het A-segment heeft het ziekenhuis een prikkel tot kostenbesparing. Als het ziekenhuis zijn prijzen laag houdt, dan kan de verzekeraar ervoor kiezen meer patiënten naar het ziekenhuis te sturen. Het ziekenhuis kan daardoor zijn omzet vergroten.

Conclusie

De bekostiging van de zorg in Nederland gebeurt vooral op basis van *throughput*. Voor de ziekenhuizen gaat het om opnames, dagbehandelingen, eerste polikliniekbezoeken, verpleegdagen, eerstelijnszorg en speciale functies. In de extramurale AWBZ gaat het om uren geleverde zorg. Met de invoering van DBC's komt er in de toekomst voor de ziekenhuiszorg en een deel van de geestelijke gezondheidszorg een productiemaatstaf op basis van *output*. In paragraaf 4.3 beoordelen wij de bekostigingssystematiek op grond van de eisen die in paragraaf 2.3 zijn geformuleerd.

2.6 Bekostiging en concurrentie internationaal vergeleken

Het effect van bekostiging en concurrentie op de arbeidsproductiviteit in de zorg kan worden achterhaald door de productiviteit in verschillende landen met elkaar te vergelijken. Er is een aantal studies dat de efficiëntie en arbeidsproductiviteit in de gezondheidszorg tussen landen vergelijkt.

Mobley en Magnussen (1998) vergelijken de efficiëntie van ziekenhuizen in Noorwegen en Californië. In Noorwegen worden de ziekenhuizen publiek gefinancierd. De ziekenhuizen zijn eigendom van de ‘counties’ en worden voor de helft gefinancierd door de centrale overheid en voor de andere helft uit lokale belastingen. Om de kosten in de hand te houden, bepaalt de centrale overheid in samenspraak met de lokale autoriteiten de capaciteit en de budgetten van de ziekenhuizen. In Californië heeft de overheid een veel kleinere rol. Daar proberen de verzekeraars met ‘*managed care*’ de kosten in de hand te houden. Mobley en Magnussen zien de volgende verschillen in prestaties tussen de twee systemen.

1. De kosten van gezondheidszorg per hoofd van de bevolking zijn in de Verenigde Staten ongeveer 80% hoger dan in Noorwegen.
2. Noorwegen kent veel langere wachtlijsten dan Californië,
3. In Noorwegen is de kindersterfte lager dan in de Verenigde Staten. Daarentegen is in de Verenigde Staten de levensverwachting van 65-jarigen hoger dan in Noorwegen. Per saldo is de levensverwachting bij geboorte gelijk. Dit duidt erop dat in Noorwegen meer geld wordt besteed aan kinderen en in de Verenigde Staten meer geld wordt besteed aan ouderen. Vermoedelijk spelen financiële *incentives* hier een rol: ouderen hebben meer geld dan ouders met jonge kinderen en ziekenhuizen spelen daarom meer in op de wensen van ouderen.
4. Noorse ziekenhuizen zijn efficiënter, omdat hun bezettingsgraad hoger is. Dit komt door de aanbodregulering in Noorwegen.
5. De arbeidsproductiviteit in Noorwegen en Californië is ongeveer gelijk.

De auteurs maken de kanttekening dat de productie is gedefinieerd als ligdagen en dat de gemiddelde ligduur in Noorwegen langer is. Zij schrijven de langere ligduur toe aan het verschil in zorgzwaarte van de patiënten, maar kunnen niet uitsluiten dat de medische cultuur in Noorwegen leidt tot een langere ligduur. Waarschijnlijk achten zij dat niet, omdat er in Noorwegen, vanwege de lange wachtlijsten, een sterke *incentive* is om de ligduur te verkorten.

Dorsey e.a. (1996) vergeleken de productiviteit in de gezondheidszorg tussen de Verenigde Staten, Groot-Brittannië en Duitsland. De Verenigde Staten kennen een competitief systeem. In Groot-Brittannië is er één publieke aanbieder: de National Health Service (NHS). Duitsland kent een systeem dat lijkt op dat in Nederland: non-profitziekenfondsen, de zogenoemde Krankenkasse, zorgen voor de financiering, terwijl de ziekenhuizen worden gebudgetteerd door de overheid. Dorsey e.a. volgden in hun onderzoek van dag tot dag welke acties artsen en ziekenhuizen namen bij de

behandeling van vier ziektes (diabetes, galstenen, borstkanker en longkanker). Dorsey e.a. komen tot de volgende conclusies.

1. De kosten van gezondheidszorg per hoofd van de bevolking zijn in de Verenigde Staten het hoogst en in Groot-Brittannië het laagst. Duitsland zit daartussenin. De hogere kosten in de Verenigde Staten werden vooral veroorzaakt door hogere vergoedingen voor artsen en ander medisch personeel en hogere administratieve lasten.
2. De productiviteit was in de Verenigde Staten bij alle vier de ziektes hoger dan in Duitsland en voor twee van de vier hoger dan in Groot-Brittannië (longkanker en galstenen). De Verenigde Staten waren even productief als Groot-Brittannië in de behandeling van borstkanker en minder productief dan Groot-Brittannië in de behandeling van diabetes. Als ‘product’ hebben de onderzoekers ‘gezondheidsverbetering’ genomen, wat werd gemeten als overlevingskansen en kwaliteit van leven.
3. De verschillen in productiviteit werden veroorzaakt door:
 - diffusie van nieuwe technologieën, zoals laparoscopie: in de Verenigde Staten werden nieuwe technologieën sneller overgenomen. Dit komt doordat artsen als gevolg van concurrentie meer rekening houden met de wensen van patiënten.
 - aantal ligdagen: in Duitsland was het aantal ligdagen na een operatie veel groter vanwege de bekostiging. Ziekenhuizen in Duitsland krijgen een vergoeding per ligdag, terwijl ziekenhuizen in de Verenigde Staten worden vergoed per ziektegeval (vergelijkbaar met DBC's). In de Verenigde Staten moeten ziekenhuizen de prijzen per ziektegeval laag houden om te kunnen concurreren met andere ziekenhuizen in de onderhandelingen met de verzekeraars. . Ziekenhuizen in Duitsland hadden nog meer financiële prikkels om het aantal ligdagen te verlengen. Ten eerste werd bij een bezetting van minder dan 85% het budget van het ziekenhuis gekort. Ten tweede mochten artsen (die in het ziekenhuis in loondienst zijn) op ‘fee for service’-basis bijverdienen voor een aantal private patiënten en dat aantal was gekoppeld aan het aantal patiënten dat uit de Krankenkasse werd gefinancierd. Bovendien kwam, door de hoge schotten tussen ziekenhuiszorgfinanciering en thuiszorgfinanciering, de samenwerking tussen ziekenhuizen en thuiszorginstellingen niet van de grond.
 - samenwerking tussen zorginstellingen: in Groot-Brittannië was samenwerking gemakkelijker, omdat alle instellingen via de NHS gefinancierd worden en er minder concurrentie is tussen instellingen. Geïntegreerde diabeteszorg kwam daardoor beter van de grond dan in de Verenigde Staten en Duitsland. In de Verenigde Staten speelde ook de angst van verzekeraars om diabetespatiënten aan te trekken als de verzekeraars geïntegreerde diabeteszorg zouden leveren. De geïntegreerde diabeteszorg in Groot-Brittannië leidde tot minder complicaties en een betere benutting van productiefactoren. Dit door een betere toewijzing van diabetespatiënten: de ernstige gevallen werden

verwezen naar een diabeteskliniek, terwijl de minder ernstige gevallen werden aangemoedigd zichzelf te behandelen.

Volgens Dorsey e.a. (1996) leidt concurrentie dus enerzijds tot een grotere productiviteit, omdat concurrentie de diffusie van innovaties bevordert en het aantal ligdagen vermindert. Anderzijds leidt concurrentie ook tot een lagere productiviteit, omdat concurrentie de samenwerking tussen instellingen belemmert. Het Duitse systeem biedt al met al de slechtste combinatie van mogelijkheden: geen concurrentie, maar wel belemmeringen om samen te werken.

Feachem, Sekhir en White (2002) hebben de verschillen onderzocht tussen de NHS in Groot-Brittannië en Kaiser Permanente in Californië. Evenals de NHS is Kaiser Permanente een organisatie die de financiering en het aanbod van zorg combineert. Kaiser Permanente had in 2002 8,2 miljoen leden. De zorgaanbieders zijn in loondienst bij Kaiser Permanente: zij mogen daarbuiten niet werken. Dit in tegenstelling tot de artsen die voor de NHS werken, die wel daarnaast in privé-klinieken mogen werken. In beide systemen behoort ook de thuiszorg tot de zorgaanbieders. Kaiser Permanente concurreert met andere *'managed care'*-aanbieders. De onderzoekers evalueren de prestaties van beide systemen als volgt.

1. De kosten van Kaiser Permanente en de NHS per verzekerde zijn ongeveer gelijk
2. De NHS kent lange wachtlijsten, Kaiser Permanente niet.
3. De kwaliteit van de zorg van Kaiser Permanente is voor een aantal diagnoses hoger dan van de NHS, met name voor longkanker, borstkanker, diabetes en hartfalen.
4. Het aantal artsen per verzekerde is bij Kaiser Permanente veel hoger dan in Groot-Brittannië. Het aantal ligdagen was bij Kaiser Permanente echter vier keer zo laag als in Groot-Brittannië.
5. De salarissen van de artsen waren bij Kaiser Permanente veel hoger dan bij de NHS. Huisartsen verdienden bij Kaiser Permanente 43% meer dan hun Engelse collega's en specialisten verdienden 115% meer.

Per saldo presteert Kaiser Permanente beter dan de NHS, maar tegen dezelfde kosten. Overigens presteert Kaiser Permanente ook beter dan andere *'managed care'*-aanbieders in de Verenigde Staten. Het lijkt erop dat Kaiser Permanente het beste van twee werelden verenigt: wel concurrentie en geen belemmeringen om samen te werken met andere zorgaanbieders.

De conclusie uit deze landenvergelijkingen is dat de institutionele vormgeving grote invloed heeft op de arbeidsproductiviteit in de zorg. Dorsey e.a. (1996) concluderen: *"In all three countries doctors and hospitals responded predictably and consistently to their economic incentives and constraints within the boundaries of acceptable medical practice."* Concurrentie om de patiënt blijkt een positieve invloed te hebben op de arbeidsproductiviteit in de zorg. Schotten in de bekostiging hebben een negatief effect op de arbeidsproductiviteit.

3 Diffusie van innovaties in de zorg

3.1 Inleiding

Innovaties: daaraan hebben wij te weinig gedaan'

In het vorige hoofdstuk is besproken dat er veel mogelijkheden zijn voor instellingen om de arbeidsproductiviteit te verhogen. In hoeverre maken instellingen van die mogelijkheden gebruik?

In dit hoofdstuk komt naar voren dat instellingen al veel hebben ondernomen de afgelopen jaren. Dit is gebaseerd op de inzichten die zijn verkregen uit de gesprekken met de zorginstellingen. Wij geven eerst aan wat voor veranderingen de instellingen de afgelopen vijf jaar hebben doorgevoerd en wij beschrijven de veranderingen die de instellingen in de toekomst willen doorvoeren. Net als in hoofdstuk 2 wordt een onderscheid gemaakt in vier verschillende processen waarop de veranderingen betrekking kunnen hebben. Paragraaf 3.2 gaat in op veranderingen die gaan over de organisatiestructuur. Paragraaf 3.3 bespreekt veranderingen op het gebied van personeelsbeleid, zoals verzuimbeleid, taakdifferentiatie en prestatiebeloning. In paragraaf 3.4 komen de mogelijkheden van arbeidsproductiviteitswinst dankzij nieuwe behandelmethoden aan bod. In paragraaf 3.5 worden ten slotte de mogelijkheden van de interne informatievoorziening en ICT besproken.

3.2 Organisatiestructuur

'Verbeterde patiëntenlogistiek: patiënten slimmer toewijzen. Bijvoorbeeld in de dagbehandeling zijn wij in staat de fluctuatie in het patiëntenaanbod te reduceren door niet altijd het beste, maar soms het op-één-na-beste product aan te bieden, waardoor een patiënt direct kan instromen en niet hoeft te wachten.'

Door een betere planning en logistiek is een flinke efficiencywinst te halen. In de thuiszorg leidt een betere planning tot minder reistijd en minder wachttijd voor cliënten. Het aantal 'uren achter de voordeur' neemt daardoor toe en de instelling kan met dezelfde kosten meer omzet genereren. In de intramurale AWBZ-zorg leiden logistieke veranderingen tot een kostenreductie zonder dat het budget omlaag gaat. In de ziekenhuizen leiden logistieke veranderingen gericht op minder ligdagen tot een gunstig resultaat voor het ziekenhuis, omdat het bedrag dat de ziekenhuizen krijgen voor een ligdag onder de kostprijs ligt.

Alle instellingen die wij hebben gesproken, hebben veranderingen doorgevoerd op het gebied van logistiek (zie tabel 3/1). De veranderingen richten zich vooral op het beter plannen. Met behulp van geavanceerde computerprogramma's streven bijvoorbeeld sommige instellingen ernaar gestreefd het

personeel zo efficiënt mogelijk in te roosteren. Een moeilijkheid is dat de zorg, en dan met name de *care*, zich kenmerkt door piekbelastingen. Door het toenemende gebruik van de dagbesteding is personeel in de intramurale zorg niet meer de hele dag nodig. De bewoners zijn er immers ook niet de gehele dag. Om personeel toch productief in te zetten, hebben instellingen verschillende acties ondernomen. Sommige instellingen streven naar breder inzetbaar personeel, personeel dat bijvoorbeeld zowel in de woonzorg als in de dagopvang kan werken. Dit stuitte overigens op enig verzet: de bewoners wilden graag andere gezichten zien tijdens de dagbesteding dan in hun woonomgeving. ‘Gewone mensen’ ontmoeten immers ook anderen op hun werk. Andere instellingen probeerden met name deeltijders aan te trekken. De werktijden kunnen dan beter aansluiten bij de tijden waarop zorg moet worden verleend. Ook hier is echter een kanttekening: ten tijde van krapte op de arbeidsmarkt was de werkgever vaak niet in staat om eisen op te leggen aan de omvang van het arbeidscontract.

‘Vroeger was elk mens uniek. Nu ziet men in dat bepaalde psychische aandoeningen standaard zijn.’

Ook het werken met protocollen wordt door sommige instellingen genoemd als een vernieuwing die bijdroeg aan de verhoging van de arbeidsproductiviteit. Op deze manier kan worden gegarandeerd dat de zorg op de beste wijze wordt ingezet. Diffusie van innovaties kan daardoor sneller plaatsvinden. Een aantal instellingen plaatste overigens wel een kanttekening bij het werken met protocollen. Zij stelden dat momenteel de neiging bestaat om alles vast te leggen, waardoor weer extra werknemers nodig zijn om de protocollen bij te houden en extra trainingen moeten worden georganiseerd om de bijgewerkte protocollen onder de werknemers te implementeren. Protocollen voor routinehandelingen, zoals het serveren van het ontbijt in een verzorgingshuis of het lappen van de ramen, worden als overbodig gezien.

‘Nu kunnen wij doen waar wij goed in zijn: het verlenen van zorg.’

Daarnaast heeft *outsourcing*, bijvoorbeeld door wooneenheden over te dragen aan een woningbouwvereniging, bij sommige instellingen ertoe geleid dat de productiviteit toenam. Dankzij *outsourcing* kunnen de zorginstellingen zich richten op hun primaire taak: het verlenen van zorg. Overigens moeten instellingen wel BTW betalen over de uitbestede diensten, maar kunnen zij de BTW niet terugvragen van de fiscus. De besparing waarmee *outsourcing* gepaard gaat, moet dus groter zijn dan het BTW-bedrag, wil *outsourcing* lucratief zijn voor instellingen.

‘De fusie met de thuiszorg geeft ons veel kansen. Momenteel hebben wij hier ’s nachts iemand zitten voor noodgevallen en even verderop zit iemand van de thuiszorg. Dat is zonde.’

Vernieuwingen op het gebied van integrale zorg kwamen minder vaak voor dan vernieuwingen op het gebied van logistiek, zie tabel 3/1. Deze innovaties zagen wij met name bij de verpleeg- en verzorgingshuizen, de ziekenhuiszorg en de GGZ. In de *care* is sprake van een fusietendens:

thuiszorginstellingen, verpleeg- en verzorgingshuizen en instellingen in de gehandicaptenzorg zijn de afgelopen jaren met elkaar gefuseerd. De verwachting over deze fusies zijn hooggespannen. Bepaalde diensten kunnen worden samengevoegd. Niet alleen bij de ondersteunende diensten, zoals de administratie en de keuken, maar ook in de zorgverlening kan meer worden samengewerkt, bijvoorbeeld door een gezamenlijke nachtwacht op te zetten of door de zorgverleners bij de nog thuiswonende oudere maar ook bij de zelfstandig wonende gehandicapte buur te laten langsaan.

Voor integrale zorg, bijvoorbeeld voor diabetespatiënten, is vaak ook samenwerking met de huisarts nodig. Deze samenwerking vindt op een minder structurele wijze plaats. Het komt daardoor nog regelmatig voor dat meerdere partijen dezelfde handelingen verrichten of dat patiënten dezelfde informatie meerdere malen moeten aanleveren. Een belangrijke oorzaak hiervan is dat het financiële voordeel van samenwerking niet direct naar de instelling vloeit. Integendeel, samenwerking kost tijd. Deze tijd is niet ‘achter de voordeur’ en wordt daardoor, bijvoorbeeld in de thuiszorg, niet vergoed.

Tabel 3/1 **Percentage instellingen dat een verandering van de organisatiestructuur heeft doorgevoerd**

| | Gehandi- captenzorg | GGZ | Thuiszorg | Verpleging & verzorging | Ziekenhuis- zorg |
|----------------------|------------------------|------|-----------|-------------------------------|---------------------|
| logistieke processen | 100% | 100% | 90% | 100% | 100% |
| integrale zorg | 30% | 56% | 30% | 71% | 56% |

Bron: Dataverzameling SEO Economisch Onderzoek/Plexus

3.3 Personeelsbeleid

‘Eén procentpunt besparing op het ziekteverzuim levert een gigantische productiviteitswinst op’

Het tweede aangrijppingspunt voor een verhoging van de arbeidsproductiviteit is het personeelsbeleid. Verzuim- en arbobeleid hebben volgens de instellingen in zeer sterke mate bijgedragen aan de verhoging van de arbeidsproductiviteit. In alle branches levert een verlaging van het ziekteverzuim financiële baten op voor de instelling. Minder ziekteverzuim leidt in de thuiszorg direct tot meer declarabele uren en tot lagere kosten. In de intramurale AWBZ-zorg en de ziekenhuizen leidt een verlaging van het ziekteverzuim tot lagere kosten en een beter resultaat.

Vrijwel alle instellingen hebben een actiever verzuimbeleid gevoerd en het ziekteverzuim is gedaald. De daling van het ziekteverzuim hoeft echter niet gerelateerd te zijn aan het actievere verzuimbeleid. Het is bijvoorbeeld een bekend gegeven dat ten tijde van economische recessie het ziekteverzuim afneemt. De introductie van de Wet Poortwachter wordt door veel instellingen als reden voor het actievere verzuimbeleid genoemd. De instellingen hebben wel een verschillende invulling gegeven aan het actievere verzuimbeleid. Sommige instellingen werken met financiële prikkels. Zo kregen medewerkers van een instelling in de gehandicaptenzorg een bonus die kon worden besteed aan het

jaarlijkse personeelsuitje als het ziekteverzuim met een bepaald percentage was gedaald. Drie jaar op rij is het verzuim afgenomen. Andere instellingen ondersteunen het personeel, zodat arbeid en zorg eenvoudiger kunnen worden gecombineerd. Zij bieden de werknemers kinderopvang, flexibele werktijden en mogelijkheden om parttime te werken. Weer andere instellingen verhoogden de betrokkenheid van de werknemers. Werknemers moeten bijvoorbeeld zelf een vervanger bellen als ze ziek zijn. Ook door de budgetverantwoordelijkheid laag in de organisatie te leggen, voelden de zorgverleners zich veel meer betrokken bij hun werk, met een dalend ziekteverzuim als gevolg. Tot slot proberen instellingen de fysieke belasting van hun medewerkers te beperken en de belastbaarheid te verbeteren. Hulpmiddelen worden vaker ingezet. ‘Wij dweilen niet meer op onze knieën’, aldus een medewerkster in de thuiszorg. Het personeel wordt ook getraind om zich bewust te worden van de houding waarin ze het werk uitvoeren en de houding waarin ze het werk zouden moeten uitvoeren. In sommige instellingen kan personeel onder werktijd sporten, zodat de werknemers fit blijven.

‘Wij hebben veel baat gehad bij sturing op een laag niveau. De teamleiders krijgen nu een eigen budget en moeten daarmee zelf uitkomen. De creativiteit is enorm toegenomen.’

Diverse instellingen hebben de afgelopen jaren verantwoordelijkheden op een lager niveau in de organisatie neergelegd, bijvoorbeeld bij de teamleiders. Dit heeft succes. De instellingen zijn vrijwel allemaal enthousiast over deze verandering. De medewerkers voelen zich veel meer betrokken bij de organisatie en er is een hogere werknemerstevredenheid en een lager ziekteverzuim. Teamleiders hebben bovendien het best zicht op het benodigde personeel. Als er veel stagiaires zijn, dan heeft het team wellicht minder zorgverleners nodig; zijn deze stagiaires er niet, dan moet naar extra handen worden gezocht.

‘Veel te veel taken worden uitgevoerd door de daarvoor beschikbare hoogst opgeleide. Waarom zou je iets door een psychotherapeut laten doen als een lager opgeleide dat ook prima kan?’

Veranderingen op het gebied van personeelsopbouw zijn nauwelijks doorgevoerd. Toch zijn er wel verwachtingen voor de toekomst. Veel werkzaamheden worden momenteel uitgevoerd door (te) hoog opgeleide werknemers. In ziekenhuizen wordt dan ook gepleit voor de terugkeer van de verzorgende. De redenen waarom dergelijke veranderingen nog niet zijn doorgevoerd zijn divers. In de perceptie van de instellingen knellen de wettelijke eisen: sommige handelingen mogen alleen op eigen initiatief worden uitgevoerd door mensen met een bepaalde opleiding, terwijl sommige lager opgeleiden deze handelingen ook goed zelfstandig zouden kunnen verrichten. Ook belemmeren kwaliteitsoverwegingen deze innovaties. Zorginstellingen streven naar een beperkt aantal medewerkers dat bij een bewoner of klant langsgaat, want te veel gezichten geeft onrust bij de bewoners. Daardoor is het soms onontkoombaar dat hoogopgeleide mensen ook eenvoudiger werkzaamheden moeten verrichten. Verandering van de personeelsopbouw leidt overigens vaak niet

tot een stijging van de arbeidsproductiviteit (er zijn nog steeds evenveel mensen nodig om de zorg te verlenen), maar wel tot een daling van de kosten.

Een paar jaar geleden hebben wij voorgesteld om een experiment te doen met prestatiebeloning: de pleuris brak uit.'

Prestatiebeloning wordt op kleine schaal toegepast in de gezondheidszorg. Een instelling in de GGZ is bijvoorbeeld in 2004 ermee begonnen. De werknemers krijgen nu niet meer automatisch een periodiek. Bij een onvoldoende beoordeling houden mensen hetzelfde loon, maar een voldoende beoordeling betekent wel dat het loon met een periodiek kan worden verhoogd. Bij een goede beoordeling krijgt de werknemer nog iets extra's, bijvoorbeeld een extra periodiek, een gratificatie of een interessante opleiding. Doordat de zorgverleners financieel worden afgerekend op hun prestaties, moeten de leidinggevenden duidelijk aangeven wat ze van de zorgverleners verwachten. Dit geeft duidelijkheid aan de werknemers: ze weten wat hun taken zijn en wat ze behoren te doen. Omdat er een beloningsverschil is tussen voldoende presteren en goed presteren, worden de werknemers bovendien getripped om een stap extra te zetten.

De baten van prestatiebeloning komen terecht bij degenen die goed presteren; degenen die minder goed presteren gaan erop achteruit. Een systeem waarbij iedereen erop vooruit gaat, is immers onbetaalbaar. Het is dan ook te verwachten dat er altijd een groep zijn binnen de instelling die weerstand biedt tegen prestatiebeloning. Dit blijkt te kloppen. De introductie van prestatiebeloning is een van de weinige veranderingen die door een instelling als mislukt wordt beschouwd. Als reden voor mislukking wordt weerstand van de Ondernemingsraad of de vakbond genoemd. Veel instellingen trekken de conclusie dat de zorg 'daaraan nog niet toe is'. Opmerkelijk is overigens wel dat de meeste respondenten, zowel de mensen op managementniveau, als de mensen op de werkvloer, op hun prestaties zouden willen worden afgerekend.

Het is echter de vraag waarom de zorg niet toe zou zijn aan prestatiebeloning en andere sectoren wel. Wij hebben de indruk dat dit veel te maken heeft met het gebrek aan concurrentie in de zorg, waardoor de noodzaak om zakelijk te werken (wat gepaard kan gaan met conflicten) ontbreekt. De cultuur in de zorg is sterk conflictmijdend. Prestatiebeloning komt daardoor niet van de grond, terwijl er bij onze respondenten een groot draagvlak voor was.

Tabel 3/2 Percentage instellingen dat een verandering van het personeelsbeleid heeft doorgevoerd

| | Gehandi- captenzorg | GGZ | Thuiszorg | Verpleging & verzorging | Ziekenhuis- zorg |
|--|------------------------|------|-----------|-------------------------------|---------------------|
| Verzuimbeleid/arbobeleid | 90% | 100% | 90% | 86% | 100% |
| toewijzing taken en verantwoordelijkheden | | | | | |
| /personeelsopbouw | 100% | 89% | 90% | 100% | 100% |
| prestatiebeloning | 30% | 22% | 10% | 14% | 22% |

Bron: Dataverzameling SEO Economisch Onderzoek/Plexus

3.4 Behandelmethoden

Een derde mogelijkheid om de arbeidsproductiviteit te verbeteren, zijn nieuwe behandelmethoden. Daarbij kan worden gedacht aan nieuwe medicijnen, nieuwe therapieën of nieuwe technologische hulpmiddelen.

“Vroeger was het alleen praten. Nu is het praten en pillen, waarbij pillen vaak even goed zijn als praten. Straks is wellicht praten niet meer nodig wanneer wij beginnen met pillen.”

Een voorbeeld van een medicijninnovatie die leidt tot een hogere arbeidsproductiviteit zijn de zogenaamde nanobolletjes. Deze geven de werkzame stof af op het moment dat het lichaam daarom vraagt. Dergelijke medicijnen verminderen de bijwerkingen, verbeteren daardoor de therapietrouw en de effectiviteit van de therapie. Ook hoeft de arts minder te controleren (Universiteit Twente, 2002). Het aantal instellingen dat een dergelijke innovatie heeft doorgevoerd, is echter beperkt, zie tabel 3/3.

‘Voor bepaalde patiëntengroepen zien wij de mensen uitsluitend in groepsverband en niet meer individueel. De behandelaars werken nu parttime (24 uur) en zien evenveel patiënten als vroeger in 36 uur. Individuele behandeling is uitzondering geworden.’

Het gebruik van nieuwe behandelmethoden vindt vooral plaats in de ziekenhuiszorg, de GGZ en de gehandicaptenzorg (zie tabel 3/3). Een voorbeeld van nieuwe behandelmethoden zijn de gedragstherapieën. In plaats van jarenlange psychotherapie gericht op het begrijpen van de problemen focussen deze korte therapieën op verandering van het gedrag. In de GGZ wordt steeds meer gewerkt met ‘evidence based’-protocollen: de behandelmethode ligt vast en is bewezen effectief. Dit laat minder ruimte voor de behandelaar om naar eigen inzicht een therapie op te stellen. Daardoor is deze behandelwijze nog niet overal in de GGZ gemeengoed.

“Wij moeten veel meer gebruik gaan maken van evidence-based-technieken. Het is bekend dat sommige therapieën in vijf sessies kunnen worden afgerond: als er dan geen verandering is opgetreden, heeft het geen enkele zin nog langer door te gaan. Toch gebeurt dat wel en dat tekent de cultuur van de medisch specialisten: zij laten zich niet sturen.”

Bij nieuwe behandelmethoden kan ook worden gedacht aan het verhogen van de zelfredzaamheid. Een gehandicapteninstelling verwachtte veel productiviteitswinst van ‘empowerment’: het ondersteunen van cliënten in plaats van ze te verzorgen en te hospitaliseren. Daardoor neemt de zorgbehoefte van deze mensen af. Een andere zorginstelling gebruikt de zelfredzaamheid van mensen om de logistieke processen anders vorm te geven. In plaats dat de verzorgende naar de bewoners toe komt, komen de bewoners naar de verzorgende. Daar krijgen ze dan bijvoorbeeld hun oogdruppels. Dit bespaart veel tijd en het houdt de bewoners actief.

‘Patiënten die zijn geopereerd aan hun spataderen kunnen hun wonden vergelijken met plaatjes op internet. Dit neemt veel onzekerheid weg. Patiënten gaan daardoor minder vaak naar de arts terug.’

De inzet van technologische hulpmiddelen kan bijdragen aan een verhoging van de arbeidsproductiviteit. Er zijn veel voorbeelden. Een instelling in de gehandicaptenzorg heeft bijvoorbeeld af luisterapparatuur geplaatst in de slaapkamers van de bewoners.⁴ Nu wordt vanaf een centraal punt toezicht gehouden op de goede nachtrust van de bewoners. Ook voor de extramurale zorg biedt dergelijke zogenoemde telemedicine (het met behulp van een videocamera adviseren van patiënten thuis) veel mogelijkheden. Een thuiszorginstelling verleent momenteel zorg via het beeldscherm. Cliënten komen via een druk op een knop in contact met een verpleegkundige. En die neemt onzekerheid bij bewoners weg: kan ik deze medicijnen wel gebruiken, hoe heelt mijn wond? Ook assisteert zij cliënten bij het zichzelf verzorgen, door cliënten te adviseren hoe zij bijvoorbeeld zelf hun bloeddruk kunnen meten of een katheter kunnen inbrengen. Een ander voorbeeld van een behandeling met een nieuw technologisch hulpmiddel is de operatie met laparoscopie. Omdat deze operaties minder ingrijpend zijn voor de patiënt, is het aantal ligdagen in het ziekenhuis minder.

In de AWBZ-gefinancierde extramurale zorg hebben nieuwe behandelmethoden geen voordeel voor de instelling. Als daardoor ‘achter de voordeur’ sneller wordt gewerkt, kost dat omzet. Technische hulpmiddelen worden dan alleen ingezet om te voorkomen dat werknemers ziek of arbeidsongeschikt worden. In het voorbeeld van telemedicine, waarbij niet achter de voordeur wordt gewerkt maar alleen met ‘screen-to-screen’-contact, kon deze dienstverlening in het begin niet uit de reguliere financiering worden betaald. Binnenkort wordt dit wel mogelijk.

De AWBZ-gefinancierde intramurale zorg heeft wel belang bij nieuwe behandelmethoden. De kosten per bewoner per dag dalen immers, terwijl de omzet niet daalt. Er zijn wel uitzonderingen op

⁴ In overleg met de bewoners en eventueel de ouders van de bewoners wordt zorgvuldig afgewogen in hoeverre het voordeel van snel kunnen ingrijpen bij problemen opweegt tegen het nadeel van de schending van de privacy.

deze regel. Instellingen krijgen extra geld voor cliënten die meer uren zorg nodig hebben en dit extra budget verliest de instelling als door innovatie het aantal zorguren per cliënt vermindert. Deze opslagen voor zorgzwaarte zijn echter beperkt van omvang.

De ziekenhuisbranche heeft ook belang bij nieuwe behandelmethoden als deze ervoor leiden dat de kosten van het ziekenhuis sneller dalen dan de opbrengsten. Nieuwe behandelmethoden die alleen leiden tot minder opnamen of minder dagbehandelingen zullen minder snel worden overgenomen dan nieuwe behandelmethoden die leiden tot minder ligdagen en minder verrichtingen.

In de geestelijke gezondheidszorg wordt relatief veel gebruik gemaakt van nieuwe behandelmethoden. Het gaat daarbij om kortere therapieën, kortere consulten en meer groepstherapieën. Het zijn innovaties waar geen financiële investeringen voor hoeven te worden gedaan. In de extramurale GGZ-zorg zijn de baten van deze innovaties niet groot: tegenover de lagere kosten staan ook lagere opbrengsten. In de toekomst zal een deel van de GGZ onder de DBC-systematiek gebracht worden, waardoor de branche wel een groot belang krijgt bij kortere en bewezen effectieve therapieën. Het is mogelijk dat, anticiperend op die ontwikkeling, de instellingen al bezig zijn met innovatie. Daarnaast is er in de geestelijke gezondheidszorg momenteel concurrentie vanuit de private, vooral door werkgevers, gefinancierde gezondheidszorg. Deze werken allemaal met korte geprotocolleerde therapieën ter bestrijding van bijvoorbeeld *burn out*, RSI en lage rugklachten (Keuzenkamp, Kok en Van Seters., 2002). Ook dit kan een prikkel zijn geweest tot innovatie.

Tabel 3/3 Percentage instellingen dat nieuwe behandelmethoden heeft ingevoerd

| | Gehandi- captenzorg | GGZ | Thuiszorg | Verpleging & verzorging | Ziekenhuis- zorg |
|--|------------------------|-----|-----------|-------------------------------|---------------------|
| medicijninnovaties | 10% | 22% | 0% | 14% | 22% |
| gebruik van technische hulpmiddelen | 60% | 11% | 50% | 57% | 89% |
| gebruik van nieuwe therapieën | 70% | 89% | 10% | 14% | 67% |

Bron: Dataverzameling SEO Economisch Onderzoek/Plexus

3.5 Informatievoorziening

Het kan allemaal veel efficiënter. Mijn medewerkers zijn de helft van de tijd niet declarabel, omdat ze zorg coördineren. Bellen met huisartsen, ziekenhuizen, diëtisten, fysiotherapeuten en noem ze maar op: het kost enorm veel tijd. Hier--- moet internet en e-mail veel kunnen bijdragen.'

Een voorwaarde voor veel innovaties is goede informatievoorziening, want pas met de juiste informatie kunnen de processen worden gestroomlijnd. Informatie is ook nodig voor een goed personeelsbeleid. Er kan immers wel tegen mensen worden gezegd dat ze op bepaalde aspecten

worden afgerekend, maar als de informatie over deze aspecten niet aanwezig is, dan heeft het ook geen zin om mensen daarop af te rekenen. Het verbeteren van de informatievoorziening is daarom het startpunt voor het verhogen van de arbeidsproductiviteit.

'Het meten van onze prestaties heeft sterk bijgedragen aan het verhogen van de arbeidsproductiviteit. Nu weten wij immers waar de knelpunten zich bevinden.'

Veel zorginstellingen hebben al lange tijd een managementinformatiesysteem. De systemen ontwikkelen zich echter continu, waardoor steeds meer informatie kan worden opgevraagd. Instellingen krijgen daarmee inzicht in hun productiviteit door de ontwikkeling van de productiviteit te volgen of door afdelingen met elkaar te vergelijken. De managementinformatiesystemen geven informatie over de productie zoals die is gedefinieerd in de bekostigingssystematiek. Instellingen hebben belang bij deze managementinformatie, omdat zij daarmee beter kunnen sturen op het verhogen van de omzet.

'Er heerst veel computeranalfabetisme onder mijn collega's. Ik verwacht daarom geen wonderen van het elektronisch patiëntendossier.'

De meeste instellingen hebben een elektronisch patiëntendossier (EPD) ingevoerd of zijn daarmee bezig. Over het nut van het elektronisch patiëntendossier wordt verschillend gedacht. Sommige respondenten verwachten veel baten van deze innovatie. Met name de samenwerking met andere partijen, zoals de huisarts en fysiotherapeut, kan worden vereenvoudigd met dit dossier. Het is dan wel belangrijk dat de dossiers *compatible* zijn. 'Stel het EPD verplicht. In Nederland lijkt het wel of iedere instelling zijn eigen EPD heeft! De overheid zou hierin regulerend moeten optreden, zodat patiëntendossiers uitwisselbaar zijn', aldus een gesprekspartner. Bij andere instellingen zijn de verwachtingen minder hoog.. Met name het lager opgeleide personeel heeft moeite met de omgang met de computer. Momenteel schrijven zij eventuele opmerkingen in een schriftje, straks moet dat allemaal worden geautomatiseerd en moet eerst een computer worden opgestart voordat kan worden nagelezen wat er met een patiënt aan de hand is. In de geestelijke gezondheidszorg is het elektronisch patiëntendossier het meest ingevoerd. Mogelijk heeft het daar de meeste meerwaarde, omdat in het geval van psychiatrische patiënten de gezondheidszorg vaak moet samenwerken met het maatschappelijke werk.

Tabel 3/4 Percentage instellingen dat een innovatie heeft doorgevoerd of van plan is door te gaan voeren, gericht op een verandering van de interne informatievoorziening

| | Gehandi- captenzorg | GGZ | Thuiszorg | Verpleging & verzorging | Ziekenhuis- zorg |
|-------------------------------|------------------------|-----|-----------|-------------------------------|---------------------|
| managementinformatiesysteem | 80% | 89% | 90% | 86% | 78% |
| elektronisch patiëntendossier | 40% | 78% | 30% | 29% | 22% |

Bron: Dataverzameling SEO Economisch Onderzoek/Plexus

3.6 Conclusie

Alle zorginstellingen hebben de afgelopen vijf jaar veranderingen doorgevoerd. De mate waarin veranderingen worden doorgevoerd, verschillen vooral naar type verandering. Wij onderscheiden vier typen veranderingen: gericht op de organisatiestructuur, gericht op het personeelsbeleid, gericht op nieuwe behandelmethoden en gericht op de informatievoorziening.

Organisatiestructuur

De meeste veranderingen worden doorgevoerd op het gebied van logistiek. Er is veel aandacht geweest voor het efficiënter roosteren van personeel en het beter plannen van opnamen. De belangrijkste stimulans daarvoor was de bekostigingssystematiek.

Vernieuwingen op het terrein van de integrale zorg zijn minder ver doorgevoerd. De belangrijkste belemmering om integrale zorg in te voeren, zijn de schotten in de bekostiging. Door de schotten komen de baten van de innovatie niet altijd bij de innovator terecht.

Personeelsbeleid

Veel instellingen hebben veranderingen doorgevoerd op het gebied van personeelsbeleid. Vooral dankzij de introductie van de Wet Poortwachter hebben veel instellingen de aandacht voor het ziekteverzuim geïntensiveerd. Vrijwel alle instellingen hebben daarnaast de verantwoordelijkheden lager in de organisatie gelegd. De instellingen hebben belang bij dit soort vernieuwingen, omdat zij hiermee de kosten kunnen terugbrengen.

Ook met prestatiebeloning kunnen de kosten worden teruggebracht. Toch wordt prestatiebeloning in veel mindere mate toegepast. Nadeel van prestatiebeloning is dat, bij een gegeven budget, ook werknemers erop achteruit gaan. Dit verklaart de geringe populariteit van prestatiebeloning.

Behandelmethoden

Innovaties die leiden tot introductie van nieuwe behandelmethoden, tot het gebruik van technische hulpmiddelen of tot een vernieuwend gebruik van medicijnen zijn minder vaak doorgevoerd dan veranderingen die aangrijpen op de organisatiestructuur of op het personeelsbeleid. Een voordeel van nieuwe behandelmethoden is dat zij vaak (maar zeker niet altijd) gepaard gaan met kostendaling. Een nadeel is dat zij vaak ook leiden tot een omzetsdaling. Als de omzetsdaling groter is dan de kostendaling, dan heeft de instelling geen belang bij de innovatie. Vooral in de extramurale AWBZ is de kans hierop groot: slimmer werken, leidt tot minder 'uren achter de voordeur' en dus tot minder omzet. Dit verklaart mogelijk waarom in de thuiszorg het minst vaak nieuwe behandelmethoden worden ingevoerd.

Informatievoorziening

Een voorwaarde voor veel veranderingen is goede informatievoorziening. Pas met de juiste informatie kunnen de processen worden gestroomlijnd en kan goed personeelsbeleid worden gevoerd. Veel instellingen hebben dan ook geïnvesteerd in een goed managementinformatiesysteem. De ontwikkelingen met een elektronisch patiëntendossier zijn minder ver. Een groot probleem is hier het ontbreken van een standaard, waardoor de informatie niet met alle betrokken organisaties kan worden uitgewisseld.

Verschillen tussen instellingen

De verschillen tussen branches zijn klein, hoewel wij de indruk hebben dat de ziekenhuizen wat innovatiever zijn dan de AWBZ gefinancierde branches. Wij hebben gezocht naar de oorzaken van verschillen tussen instellingen (binnen branches), maar hebben die niet kunnen vinden. Het is bijvoorbeeld niet zo dat kleine instellingen vernieuwender zijn dan grote instellingen of dat instellingen met een grotere omzet per fte systematisch meer veranderingen doorvoeren dan instellingen met een wat kleinere omzet per fte. Vermoedelijk worden de verschillen tussen instellingen vooral verklaard door de persoon van de directeur. Dit waren ook geluiden die wij hoorden in de interviews.

‘Onze instelling had tot vier jaar terug een heel goede directeur en liep toen ook voorop wat zorgverlening aangaat. De afgelopen vier jaar was de directie echter een stuk minder vernieuwend.’

Of veranderingen ook invloed hebben op de productiviteit kunnen wij niet meten. Wij hebben namelijk geen goede indicator voor de arbeidsproductiviteit. De omzet per fte is een indicatie voor arbeidsproductiviteit binnen de huidige bekostigingssystematiek, maar is matig gerelateerd aan de definitie van arbeidsproductiviteit zoals die in ons onderzoek is gehanteerd. Een tweede probleem is dat wij alleen weten of een instelling een innovatie heeft ingevoerd, maar tussen twee instellingen die allebei een logistieke innovatie hebben ingevoerd kan echter nog een groot verschil zitten. De ene instelling kan daardoor een veel grotere productiviteitswinst hebben geboekt dan de andere instelling.

Tot slot

Instellingen in de zorg hebben de afgelopen jaren veel veranderingen doorgevoerd, vooral op logistiek gebied en qua personeelsbeleid. Doel van deze veranderingen is het aantal productieve uren per werknemer te vergroten. Volgens onze definitie zijn deze vernieuwingen geen innovaties. Ze zorgen immers ervoor dat binnen het huidige productieproces minder *inputs* nodig zijn en dat er dus efficiënter wordt gewerkt. Ze zorgen niet voor een verandering van het productieproces. Helaas is het effect van deze veranderingen eindig. Het aantal productieve uren per werknemer kan worden gemaximeerd, maar daarna staat de groei van de arbeidsproductiviteit stil als niet wordt geïnvesteerd in een verandering van het productieproces. Juist veranderingen van het productieproces, bijvoorbeeld door nieuwe behandelmethoden, komen niet goed van de grond.

4 Belemmeringen en stimulansen

4.1 Inleiding

In hoofdstuk 2 is besproken dat er vijf factoren zijn die een rol spelen bij de diffusie van innovaties (Hall, 2004):

- de baten van de innovatie;
- de kosten van de innovatie;
- de onzekerheid over de kosten en de baten;
- de marktstructuur en de regelgeving;
- de cultuur.

In dit hoofdstuk wordt nagegaan of deze factoren van toepassing zijn in de zorg. In paragraaf 4.2 geven wij weer hoe de respondenten in ons onderzoek het belang van de vijf genoemde factoren ervaren. In de paragrafen 4.3 tot en met 4.7 gaan wij per factor na welke belemmeringen en stimulansen feitelijk aanwezig zijn om de arbeidsproductiviteit te vergroten. Dit op basis van de literatuur en van een analyse van de bekostigingssystematiek. Tot slot vergelijken wij de perceptie van de respondenten met het belang van de verschillende belemmeringen en stimulansen zoals wij dat inschatten.

4.2 Perceptie van belemmeringen en stimulansen

In onderstaande tabel is aangegeven wat de instellingen zelf als grootste belemmering en als grootste stimulans ervaren om te innoveren in de zorg.

Tabel 4/1 Belemmeringen en stimulansen in de zorg

| Belemmering | % instellingen dat dit noemt | Stimulans | % instellingen dat dit noemt |
|--|------------------------------|--|------------------------------|
| weinig zakelijke cultuur binnen eigen organisatie | 80% | financieel voordeel | 54% |
| onzekerheid over overheidsbeleid | 73% | concurrentie (institutionele setting) | 44% |
| CAO/arbeidsijdenwetgeving (institutionele setting) | 59% | cultuur binnen organisatie: intrinsieke motivatie werknemers | 44% |
| geen financieel voordeel | 56% | beschikbaarheid financiële middelen | 34% |
| wantrouwen buiten eigen organisatie (VWS, verzekeraars, zorgkantoor) | 56% | druk van buiten eigen organisatie | 34% |

Bron: D0ataverzameling SEO Economisch Onderzoek/Plexus

De belemmering die de meeste instellingen noemen, is de interne cultuur in de zorg. De cultuur binnen instellingen is weinig zakelijk. Mensen spreken elkaar niet aan op hun verantwoordelijkheden en dit maakt het lastig veranderingen door te voeren. Ook de cultuur bij VWS en zelfstandige bestuursorganen (zbo's, zoals het CTG-ZAio, CVZ, zorgkantoor, College Bouw) wordt belemmerend genoemd. De vele regels worden gezien als georganiseerd wantrouwen ten opzichte van de instellingen en ze belemmeren de flexibiliteit van instellingen. Instellingen noemen ook de onzekerheid over het overheidsbeleid en CAO/arbeidsijdenwetgeving als belemmering om te innoveren. Innovaties worden ook bemoeilijkt doordat ze niet altijd tot een financieel voordeel voor de instelling leiden. Nieuwe behandelmethoden worden bijvoorbeeld niet altijd direct gefinancierd. Door de schotten in de bekostigingssystematiek komen de voordelen soms bij andere partijen terecht.

Instellingen ervaren echter ook stimulansen. De bekostigingssystematiek bevat naast belemmeringen ook prikkels om efficiënt te werken en de arbeidsproductiviteit te verhogen. Zo dwingt de toenemende concurrentie instellingen efficiënt om te gaan met de toegewezen middelen. Maar ook druk van buitenaf kan stimulerend werken. Genoemd werden opgelegde budgetkorting, de druk vanuit de patiënt en de Wet Poortwachter. Hoewel de cultuur binnen de instelling als belangrijkste belemmering wordt aangemerkt, zien de respondenten bepaalde elementen van die cultuur juist als prikkel voor verandering. Daarbij gaat het vooral om de intrinsieke motivatie van de werknemers in de gezondheidszorg. Veel vernieuwingen komen voort uit intrinsieke motivatie: mensen vinden het leuk om betere zorg te kunnen verlenen.

4.3 Baten van de innovatie

De baten van innovatie voor de instelling zijn sterk afhankelijk van de bekostigingssystematiek. In paragraaf 2.4 is aangegeven aan welke eisen een bekostigingssystematiek moet voldoen. Een goede bekostigingssystematiek zorgt ervoor dat niet alleen de omvang van de prikkel goed is, maar ook de richting van de prikkel.

Hieronder toetsen wij de bekostigingssystematiek voor de AWBZ en de ziekenhuizen aan deze eisen en wij beoordelen de gevolgen voor innovatie. De eerste eis die aan een bekostigingssystematiek wordt gesteld, is dat de prestatie maatstaven doelgerelateerd zijn. Alleen dan zal de richting van de prikkel goed zijn. In hoeverre de huidige bekostiging aan deze eis voldoet, bespreken wij in paragraaf 4.3.1.. De tweede eis is dat de vormgeving en de hoogte van de beloning (dus de relatie tussen prestatie en beloning) zodanig is dat de omvang van de prikkel zo groot mogelijk is. Of de bekostigingssystematiek aan deze eis voldoet, bespreken wij in paragraaf 4.3.2 (de vormgeving van de beloning) en 4.3.3 (de hoogte van de beloning). Een van de eisen aan de bekostigingssystematiek is dat instellingen de beslissingsbevoegdheid moeten hebben de prestatie standaarden te halen. De regelgeving moet daarvoor de ruimte bieden. Op dit aspect gaan wij in als wij de marktstructuur en de regelgeving bespreken (paragraaf 4.6.3).

4.3.1 Doelgerelateerdheid prestatie maatstaven

‘Uiteindelijk streeft de instelling toch naar zo veel mogelijk omzet: dan kun je je werknemers de meeste zekerheid bieden.’

Uit Amerikaans onderzoek blijkt dat non-profit ziekenhuizen niet streven naar een zo groot mogelijk positief financieel resultaat maar gelijktijdig proberen het resultaat en de omzet te maximaliseren (Deneffe en Mason, 2002). Ook uit onze interviews blijkt dat de instellingen streven naar een hoge omzet in combinatie met een positief resultaat. De baten van een instelling bestaan dus zowel uit een toename van de omzet als uit een toename van het resultaat.

‘Ik zou meer voordeuren kunnen bedienen als ik op een andere manier word gefinancierd. Dan ga ik wel op zoek naar oplossingen om dat te regelen. Nu kost het ons alleen maar geld als er wordt gereisd van voordeur naar voordeur, dus ik kijk wel uit alleen het meest noodzakelijke te doen achter de voordeur. Bij een andere financiering zou ik meer de meest minimaal noodzakelijke zorg gaan leveren.’

Omdat in de extramurale AWBZ alleen uren achter de voordeur worden vergoed, is er een sterke prikkel bij de instellingen om het aantal niet-declarabele uren terug te brengen. Er wordt door vrijwel alle instellingen gesneden in de overleguren en het ziekteverzuim wordt aangepakt. De ABWZ heeft daardoor geleid tot een cultuur waarbij meer wordt gekeken naar tijdsbesteding en logistiek. Dit heeft een positief effect gehad op de arbeidsproductiviteit. Daartegenover staat dat het afrekenen op uren achter de voordeur onbedoelde prikkels genereert: omdat alleen uren achter de voordeur worden

vergoed, is er geen prikkel om het werk achter de voordeur zo snel mogelijk uit te voeren. Het beleid is vooral erop gericht de geïndiceerde uren vol te maken.

‘Alles wat ik weet te reduceren in niet-klantgebonden uren is directe winst. Dat betekent bijvoorbeeld dat ik mijn medewerkers probeer zo lang mogelijk achter de voordeur te laten blijven. Voorbeeld: heb je ’s ochtends een half uur nodig om een huisarts aan de lijn te krijgen en kan je die tijd declareren, dan verkies ik dat boven de situatie waarin medewerkers ’s middags in vijf minuten datzelfde telefoontje weten te plegen maar dat niet kunnen declareren omdat het niet achter de voordeur geschiedt.’

De bekostiging zorgt ook ervoor dat achter de voordeur taken worden uitgevoerd die efficiënter op kantoor kunnen gebeuren. De ‘uren achter de voordeur’ worden immers vergoed, terwijl ‘niet achter de voordeur’ aan de patiënt bestede tijd niet wordt vergoed.

De prestatie maatstaf waarop de instellingen worden afgerekend, de ‘uren achter de voordeur’, sluit niet één op één aan bij het doel van de zorg. ‘Achter de voordeur’ kan van alles worden gedaan, onder andere het leveren van zorg die de kwaliteit van leven verhoogt. Omdat niet het leveren van zorg wordt bekostigd, maar ‘uren achter de voordeur’ levert de systematiek geen *incentives* op het werk sneller te doen. Ook belemmert het dat de zorg op een geheel andere manier wordt geleverd, zoals thuiszorg waarbij de patiënt thuis met een videocamera wordt geobserveerd (VieDome).

‘Daarbij komt nog dat de investering arbeid bespaart op termijn. Wij gaan door de investering dus zelfs minder uren maken en omzet verliezen (wegens boter bij de vis). VieDome loopt nu bijna twee jaar. En vanaf nu kunnen wij een tarief declareren (VieDome kan nu tegen verpleegtarijfen worden gedeclareerd).’

In de intramurale AWBZ hangt het budget niet direct af van het aantal geleverde uren zorg. Instellingen kunnen extra geld krijgen voor cliënten die extra zorg nodig, Maar daarvoor geldt wel een urennorm. Als een innovatie leidt tot minder uren basiszorg, dan is dat lucratief voor de instelling. Als de innovatie leidt tot minder cliënten waarvoor extra zorg kan worden gedeclareerd, dan leidt de innovatie ook tot minder omzet. Voor een instelling die vooral streeft naar een hogere omzet is dit niet aantrekkelijk, zelfs niet als de kostendaling groter is dan de omzetzak en dus leidt tot een hoger resultaat. Aparte financiering van de extra zorg kan dus tot onbedoelde prikkels leiden als het gaat om het verhogen van de arbeidsproductiviteit. De opslagen voor zorgzwaarte zijn echter beperkt van omvang.

Ook voor de ziekenhuizen en de specialisten geldt dat de prestatie maatstaven niet één op één aansluiten bij het doel van de zorg. Een ‘opname’ of ‘eerste polikliniekbezoek’ leidt niet automatisch tot gezondheidswinst: soms leidt zorg die thuis wordt verleend tot een grotere gezondheidswinst. Een voorbeeld is het monitoren van risicovrouwen thuis in plaats van in het ziekenhuis. Deze aanpak past echter niet in de bekostigingsstructuur, waardoor hij niet goed van de grond komt (Schrijvers, 2002). Soms houdt de nieuwe werkwijze in dat zogenoemde nurse-practitionars worden

ingezet. Een ‘eerste polikliniekbezoek’ kan echter alleen worden gedeclareerd als er een specialist bij is. Als een patiënt door een nurse-practitioner wordt behandeld, dan krijgt het ziekenhuis daar dus niets voor. Dit type veranderingen breekt dan ook niet in alle ziekenhuizen door (Schrijvers, 2002).

Inzetten van nurse-practitioners is nu financieel nadelig, omdat er niet voor wordt betaald, maar het kan heel efficiënt zijn. Je hebt dan minder inzet van specialisten nodig.’

Conclusie

De huidige bekostigingssystematiek stimuleert veranderingen op het terrein van logistiek en verzuimbeleid. Deze veranderingen leiden tot lagere kosten voor de instelling en zijn daarom wijdverspreid. Logistieke veranderingen in de ziekenhuizen zijn vooral gericht op terugbrengen van het aantal ligdagen. Omdat de budgetparameter voor een ligdag onder de kostprijs ligt, is dit lucratief voor het ziekenhuis. Ook nieuwe behandelmethoden die leiden tot een reductie van het aantal ligdagen of het aantal nevenverrichtingen zijn lucratief voor de ziekenhuizen. Nevenverrichtingen worden immers niet vergoed (behalve wanneer ze op verzoek van de huisarts worden gedaan). In de extramurale AWBZ is het lucratief om het aantal declarabele uren te vergroten. Logistieke veranderingen en verzuimbeleid zijn dan ook vaak daarop gericht.

De huidige bekostigingssystematiek belemmert dus de ontwikkeling en implementatie van nieuwe behandelmethoden, vooral in de AWBZ-branches. De nieuwe behandelmethoden worden vaak niet vergoed. In de ziekenhuizen zijn de nieuwe behandelmethoden die leiden tot minder opnames, minder dagbehandelingen of minder eerste polikliniekbezoeken niet lucratief.

Innovaties hebben wij gedefinieerd als veranderingen die gepaard gaan met een wijziging van het productieproces. De bekostigingssystematiek stimuleert innovaties niet. Dit komt doordat niet de *output* of de *outcome* wordt bekostigd, maar de *throughput*. Als wordt overgegaan op een ander productieproces, dan zal de *throughput* die is vastgelegd in de bekostigingssystematiek verminderen. Deze is immers gebonden aan het productieproces. Het voorbeeld van VieDome van de inzet van de videocamera is een innovatie met een grote productiviteitswinst waarbij de *outcome* niet verandert, maar de *throughput* wel. Het oude productieproces is gebaseerd op ‘uren achter de voordeur’, terwijl het nieuwe productieproces is gebaseerd op ‘screen-to-screen-contact’.

4.3.2 Vormgeving van de beloning

Doordat verschillende delen van de zorg op een andere manier worden bekostigd, komt samenwerking soms moeilijk van de grond. Er is geen gezamenlijk belang bij efficiënt werken. De voordelen van de innovatie komen niet altijd bij alle partijen terecht. Innovaties kunnen zelfs voor de investeerder negatief uitvallen, terwijl andere partijen baat ervan hebben. Dit komt door de schotten.

‘Ons verpleeghuis heeft een centrum opgericht waardoor mensen eerder uit het ziekenhuis kunnen worden ontslagen. Het levert de maatschappij veel op. Ons kost het echter alleen maar geld.’

De schotten doen zich voor op meerdere plaatsen. Het eerste schot is het schot tussen de zorg in het eerste compartiment (de AWBZ-zorg) en de zorg in het tweede en in het derde compartiment (de zorg die wordt vergoed door verzekeraars). Innovaties die besparingen opleveren in het tweede of het derde compartiment maar die een investering vergen in het eerste compartiment (of vice versa) komen daardoor moeilijk van de grond. Een verpleeghuis vertelde dat het een aantal jaar geleden een nieuwe afdeling had opgezet waarin mensen werden behandeld die net uit het ziekenhuis kwamen. De mensen konden daardoor eerder uit het ziekenhuis worden ontslagen en zij lagen in plaats van in de dure ziekenhuisbedden in de relatief goedkope verpleeghuisbedden. Dat is een besparing voor de zorgverzekeraars. Deze waren echter niet bereid bij te dragen in de extra kosten: omdat relatief intensieve zorg moest worden verleend aan deze patiënten, waren deze mensen duurder dan de reguliere verpleeghuisbewoners. De extra kosten betalen was een taak van het zorgkantoor. Het zorgkantoor verwees echter terug naar de verzekeraar en anders naar het ministerie. Het verpleeghuis heeft nog steeds geen oplossing gevonden en draagt nu uit eigen middelen bij aan de behandeling van de mensen op de nieuwe afdeling. Dergelijke problemen werden ook gesignaleerd in de thuiszorg.

‘Artsen geven niet tijdig hun afwezigheid aan: de spreekuren staan dan volgepland en wij kunnen iedereen weer gaan afbellen. Ze hebben weinig besef van de implicaties van hun handelen.’

De schotten in de bekostiging spelen ook binnen de compartimenten. In het tweede compartiment speelt het honorariumbudget van de medisch specialisten. Zolang deze zich aan de productieafspraken houden, krijgen zij hun honorarium. Zij kunnen echter hun werk naar anderen in het ziekenhuis doorschuiven, want voor hun inkomsten maakt dat niets uit. Diverse gesprekspartners gaven aan dat de samenwerking met medisch specialisten daardoor soms moeizaam verloopt. De belangen van artsen en van het ziekenhuis zijn niet hetzelfde. Artsen houden, aldus onze gesprekspartners, te weinig rekening met de gevolgen van hun handelen voor het ziekenhuis.

‘Om te voldoen aan de productiviteit moet minder tijd worden besteed aan de regierol (vooral contact met andere zorgverleners en familie). Nu wordt daar nog 13% van de tijd aan besteed. Dat moet naar 3%. Daarmee komt de regie buiten de organisatie eigenlijk geheel te vervallen. Regie is wel aanwijsbaar voor een bepaalde cliënt. Maar het wordt niet vergoed - er is geen CTG-tarief. Dat zou wel moeten.’

Ook in de AWBZ-zorg speelt dit probleem. Coördinatie van zorg voor specifieke patiënten wordt niet betaald, terwijl overleg tussen huisarts en zorgverleners wel degelijk maatschappelijke baten met zich meebrengt. Coördinatie brengt daardoor alleen maar kosten met zich mee voor de instelling, terwijl de opbrengsten ergens anders terechtkomen.

Wij verlenen onze zorg steeds meer in kleinschalige woonzorgcomplexen. Omdat wij met extramurale zorg meer kunnen verdienen dan met intramurale zorg, verlenen wij onze zorg extramuraal. Dit betekent dat de bewoners een woning in het woonzorgcomplex huren en vervolgens bij ons zorg afnemen. Met de Wet Maatschappelijke Ondersteuning wordt de financiering van extramurale zorg onduidelijker. De nieuwe complexen die wij bouwen, worden daarom weer via de intramurale bekostigingssystematiek gefinancierd.'

Instellingen geven ook aan dat de huidige schotten tussen intramurale en extramurale zorg het doorvoeren van innovaties bemoeilijken. Het verschil tussen deze twee zorgvormen verdwijnt steeds meer: zorg wordt steeds vaker verleend in kleine woonvormen. Zorginstellingen kunnen zelf kiezen of ze deze woonvormen aanbieden als extramurale zorg of als intramurale zorg.

4.3.3 Hoogte van de beloning

In paragraaf 2.4 is aan de orde gekomen dat een niet-marktconforme beloning leidt tot een gebrek aan motivatie. Wanneer is een beloning te hoog of te laag?

Er zit nog veel te veel vet op de botten van thuiszorginstellingen; dat kan best minder. Verlaag de CTG-tarieven maar, want dat stimuleert pas echt om efficiënter te gaan werken.'

Anders dan de spreker in dit citaat, vinden veel instellingen de tarieven juist te laag. Het is een patroon in de gezondheidszorg dat instellingen die dreigen failliet te gaan, worden gesteund, vaak door de politiek. In de praktijk komt het dus erop neer dan niet-efficiënte instellingen extra geld krijgen. Dit terwijl het voor de arbeidsproductiviteit juist gunstig zou zijn als minder efficiënte instellingen wel failliet gaan. Er komt dan immers ruimte op de markt voor innovatieve nieuwkomers. Gevestigde bedrijven die innovatief zijn, krijgen zo de kans uit te breiden.

Over de hoogte van de inkomens van specialisten is veel discussie. De inkomens van specialisten liggen volgens de minister Hoogervorst van VWS relatief hoog ten opzichte van hun buitenlandse collega's.⁵ De hoogte van het inkomen is gekoppeld aan de honorariumssystematiek en dit prikkelt specialisten niet om veel te produceren. Een uniform uurtarief voor alle specialisten zal in ieder geval niet marktconform uitpakken. Specialist die kwalitatief beter zijn dan anderen of een meer gevraagd specialisme hebben, zouden dan hetzelfde worden beloond als anderen. Dit is niet motiverend.

4.3.4 Conclusie

De ontwikkeling en de diffusie van innovaties hangen samen met de baten die een innovatie oplevert. De baten van een innovatie worden grotendeels bepaald door de bekostigingssystematiek.

⁵ Elsevier, 8 maart 2005

De bekostigingssystematiek voor de ziekenhuiszorg en de AWBZ bevat zowel prikkels die innovaties stimuleren als prikkels die een tegengesteld effect hebben. Dit wordt bevestigd in de interviews: 56% van de instellingen noemt het geringe financiële voordeel als een belemmering om te innoveren, terwijl 54% van de instellingen de bekostigingssystematiek als stimulerend ervaart.

De veranderingen die het meest worden doorgevoerd (die op het gebied van logistiek en verzuimbeleid) worden gestimuleerd door de bekostigingssystematiek in de AWBZ en de ziekenhuiszorg. De belemmerende factoren in de bekostigingssystematiek zijn de volgende.

- De prestatie maatstaven zijn niet één op één gerelateerd aan het doel van de zorgverlening.
- Schotten in de zorg belemmeren samenwerking.

Nieuwe behandelmethoden en integrale zorg komen daardoor niet goed van de grond. Innovaties in de zorg worden overigens niet alleen gedreven door financiële baten.

'Het voordeel hoeft niet eens financieel te zijn, ook het verbeteren van de kwaliteit en het werkplezier (bijvoorbeeld door een eerlijke verdeling van de middelen, waardoor iedereen ongeveer even hard moet werken) zijn grote stimulansen om te innoveren.'

4.4 De kosten van innovatie

De kosten van de ontwikkeling en de overname van innovaties zijn vrijwel altijd zogenoemde 'verzonken' kosten. Dat zijn kosten die niet worden terugverdiend als de innovatie niet blijkt te lonen (Hall, 2004). De hoogte van de kosten verschilt per soort innovatie. Over het algemeen zijn de overnamekosten veel lager dan de ontwikkelingskosten. De overnamekosten zijn wel hoog als de innovatie gepaard gaat met reorganisaties. Aangezien de zorg een dienstverlenende sector is, komt dit veel voor (Van Ark, 2003). De invoering van ICT bijvoorbeeld brengt vaak een andere manier van werken met zich mee en mensen moeten worden opgeleid. Deze kosten moeten worden opgeteld bij de kosten van de hardware en de software.

'Wij doen investeringen in kapitaal. VieDome. Dat is betrekkelijk nieuw. Wij krijgen echter geen kapitaalvergoeding. Het bekostigingssysteem gaat ervan uit dat een thuiszorginstelling geen kapitaal heeft (en ziekenhuizen en verpleeghuizen wel: die krijgen een kapitaalvergoeding). Dus het is moeilijk om investeringen te doen. Ons eigen vermogen is daarvoor lang niet toereikend.'

Instellingen in de marktsector financieren innovaties uit de winst die ze maken. Interne financiering (uit het eigen vermogen) is goedkoper dan externe financiering (Stoneman, 2001). Aangezien zorginstellingen maar zeer beperkt reserves mogen hebben, zijn ze aangewezen op externe

financiering.⁶ Ze hoeven daarbij geen geld te lenen op de kapitaalmarkt, maar kunnen een beroep doen op subsidies voor ontwikkeling en implementatie van innovaties, bijvoorbeeld van ZONmw. Nadeel van de financiering van innovatie met subsidies is dat de subsidiegever de wenselijkheid van de innovatie beoordeelt: de instelling wordt daarmee afhankelijk van anderen voor de financiering van de innovatie. Bovendien duurt het lang voordat een subsidie wordt toegekend. Subsidies werken daardoor vertragend op het innovatieproces.

De respondenten noemen wel de zorgvernieuwingsgelden als stimulant. Die kunnen ze in overleg met de verzekeraar besteden aan zorgvernieuwing. Maar ook daaraan kleeft een nadeel:

'Van het budget mag 5% aan zorgvernieuwing worden besteed. Veel vernieuwingen worden reguliere zorg. Zolang de bekostiging niet is aangepast blijft die reguliere zorg betaald worden uit het zorgvernieuwingbudget en is er dus geen geld meer voor zorgvernieuwing.'

4.5 Onzekerheid over de kosten en baten

'Wij worden steeds gedwongen mee te doen met VWS-plannen. En die gaan dan uiteindelijk niet door, of worden snel afgedankt: zorgvernieuwing, intramurale bekostiging, semi-murale of extramurale bekostiging, vraaggestuurde zorg, PGB's, functiegerichte indicatiestelling, functiegerichte bekostiging. Dat gaat over financiering. Daarbij komen de regels en voorschriften. Die zijn niet op beleid gebaseerd, maar komen uit incidenten voort. Er gebeurt ergens een ongeluk en een jaar later moeten wij een legionellafunctionaris hebben (opgeleid). Nooit wordt eens een voorschrift geschrapt. De geaccumuleerde kosten die hiermee gepaard gaan zijn enorm.'

Een belemmering die instellingen veel noemen bij innovaties is het beleid van het Ministerie van VWS (73% noemt dit). Met name de onzekerheid over de precieze toekomstplannen wordt als belemmerend ervaren. Diverse instellingen noemen de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) als voorbeeld. De WMO gaat volgens de plannen op 1 januari 2006 in. Instellingen moeten nu bijvoorbeeld in hun personeelsbeleid al rekening houden met de gevolgen van de WMO. De precieze vormgeving van de WMO is echter nog niet bekend. Dit maakt het lastig voor instellingen om hun beleid op de nieuwe wet af te stemmen.

'De continue verandering van beleid maakt het moeilijk om innovatief bezig te zijn. Wij gebruiken onze winst om te innoveren, maar als continu de winsten ook worden afgeroomd in de zin van "je maakt winst, dus je tarieven kunnen omlaag", dan blijft er van je geld om te innoveren niets over.'

Ook de vele bezuinigingsoperaties hebben bij veel instellingen weerstand opgeroepen over de landelijke politiek en het ministerie. De angst leeft bij veel instellingen dat arbeidsbesparende

⁶ Zorginstellingen mogen het verschil in positief resultaat toevoegen aan het eigen vermogen tot een maximum van 20% van de aanvaardbare kosten (= het budget). Instellingen met een eigen vermogen van 20% van de aanvaardbare kosten mogen het positief resultaat niet behouden (CTG, beleidsregel aanvaardbare kosten III-683).

innovaties leiden tot een korting op de budgetten. De prikkel om te zoeken naar dergelijke innovaties is daardoor klein. Bezuinigingen zijn dus een prikkel om te innoveren: bezuinigingen noodzaken tot meer efficiency. Onzekerheid over bezuinigingen is echter een *desincentive*. Daardoor is het immers niet duidelijk of de opbrengst van de innovatie bij de instelling blijft.

Informatie

De diffusie van innovaties wordt ook beïnvloed door de beschikbare informatie. Informatie vermindert onzekerheid. Als een innovatie zijn nut heeft laten zien, dan is het veel waarschijnlijker dat een dergelijke innovatie wordt overgenomen door anderen dan als de baten van een innovatie onzeker zijn. De zichtbaarheid van de effecten is een probleem in de zorg. Leiden de innovaties tot een stijging van de arbeidsproductiviteit? Vaak is dat niet evident. Naar het effect van een nieuwe behandeling of een nieuw medicijn op de patiënt wordt veel onderzoek gedaan. Maar naar het effect op de arbeidsproductiviteit wordt vrijwel nooit onderzoek gedaan.

Medewerkers zijn een groot deel van hun tijd kwijt aan 'niet-zorg', ze besteden dat versnipperd aan diverse randverschijnselen. Een deel is ziekteverzuim, vakantie en persoonlijk gelummel, maar de helft wordt geabsorbeerd door het bekende 'woud van regels'. Natuurlijk: een zorginstelling moet zich aan regels houden, en een door belasting gefinancierde instelling moet verantwoording afleggen, maar dat kan een stuk efficiënter. Wij presenteren nu dezelfde (financiële) informatie bij vier verschillen instanties, op vier verschillende formaten. Elk daarvan moet door een administratieve kracht worden 'bewaakt'. Deze overhead wordt betaald uit de dagtarieven die voor zorg zijn bedoeld. Medewerkers zouden veel meer zorg kunnen leveren als ze wat minder tijd aan overhead besteden.'

Om innovaties succesvol te kunnen verspreiden, is in de eerste plaats informatie nodig over de effecten van de innovatie voor een instelling. Daarvoor moet er dus inzicht zijn in het effect van de innovatie op de resultaten van een instelling, maar deze effecten worden vaak niet gemeten. Dit heeft deels te maken met het gebrek aan ICT. Het heeft ook te maken met de bekostigingsstructuur en de overige regelgeving vanuit het Ministerie van VWS. De informatiehuishouding binnen de instelling is, zo geven de instellingen aan, erop gericht aan de regels te voldoen van het Ministerie van VWS, de zorgkantoren, de verzekeraars en de inspectie. Omdat de bekostiging is gebaseerd op *throughput* en niet op *output* of *outcome*, biedt de informatiehuishouding informatie over *throughput*. Daardoor kan niet worden beoordeeld of een andere manier van behandelen goedkoper en effectiever is.

Ik zou meer inzicht willen hebben in wat de kosten en opbrengsten van de verschillende vakgroepen nu daadwerkelijk zijn.'

Omdat intern geen sprake is van goede informatievoorziening, wordt er niet van elkaar geleerd. Als duidelijker zou zijn dat een bepaalde aanpak leidt tot betere resultaten van een afdeling, dan zullen de andere managers ook eerder geneigd zijn die aanpak over te nemen.

Conclusie

De baten van innovaties in de zorg zijn vaak onzeker. De belangrijkste reden daarvoor ligt in het overheidsbeleid. Elke markt kent onzekerheid over bijvoorbeeld het consumentengedrag, het gedrag van concurrenten en de financiële markten. In een sterk gereguleerde sector als de gezondheidszorg is het overheidsbeleid een extra onzekerheidsfactor: de instellingen zijn bang dat de voordelen van de innovatie onmiddellijk worden afgeroomd door het Ministerie van VWS. Dit vermindert de lust om te innoveren.

Een tweede reden voor onzekerheid over de baten is dat er weinig informatie is over de kosten en de baten van een innovatie voor de instelling. Onderzoek is vooral gericht op de effecten van innovaties op de patiënt. Ook is de structuur van de informatievoorziening binnen instellingen niet gericht op het meten van de effecten van innovaties. De informatievoorziening gaat vooral over de verplichte verantwoordingsinformatie en gaat niet over informatie over arbeidsproductiviteit. De informatievoorziening binnen de instellingen is gericht op de huidige bekostigingssystematiek. Over veranderingen die een direct effect hebben op de prestatie maatstaven is daarom meer informatie dan over andere veranderingen. Over logistieke veranderingen die als doel hebben het aantal declarabele uren omhoog te brengen, of het aantal dagbehandelingen te vergroten is bijvoorbeeld veel meer bekend dan over het effect van veranderingen op de integrale zorg. De informatiehuishouding versterkt zo de effecten van de bekostigingssystematiek.

4.6 Marktstructuur en regelgeving

De institutionele context bepaalt de randvoorwaarden waaronder instellingen opereren. Is er sprake van een goed werkende arbeidsmarkt? Is er wet- en regelgeving die de innovatie stimuleert of juist belemmert? Wat is het effect van de marktstructuur? Is er veel concurrentie of juist niet?

4.6.1 Mate van concurrentie: de rol van het zorgkantoor

In de marktsector is concurrentie de drijvende kracht achter innovatie en productiviteitsontwikkeling (zie paragraaf 2.3.1). Door innovatie kunnen bedrijven een (tijdelijk) voordeel behalen op de concurrent.

De mate van concurrentie tussen zorgaanbieders is erg gering. De zorgaanbieders in de AWBZ-branches maken aan het begin van het jaar afspraken met het zorgkantoor over de te leveren productie in dat jaar. Het zorgkantoor zorgt dan dat de instelling voldoende klanten krijgt om die productie te halen. Als gevolg van de afspraken met het zorgkantoor hoeft gedurende het jaar niet meer te worden geconcurrereerd: het zorgkantoor is in feite de enige klant van de instelling. De instellingen zijn voor hun omzet dus volledig afhankelijk van die ene klant. De instellingen concurreren alleen maar met elkaar om de gunst van die ene klant. In economische termen noemen

wij een markt waarin maar één vrager is een ‘monopsonie’. Een voordeel van een monopsonie is dat die ene klant een grote zogenoemde *countervailing power* heeft ten opzichte van de aanbieder: het zorgkantoor kan bijvoorbeeld de instellingen sterk onder druk zetten om goedkoper te produceren.

In het geval van de zorgkantoren heeft deze marktstructuur ook twee grote nadelen. Het eerste nadeel is dat de zorgkantoren zelf geen belang hebben bij een goede prijs-kwaliteitverhouding. Zij zijn zelf geen afnemers van zorg en betalen in feite zelf ook niet voor de zorg: zij lopen ook geen financieel risico. Zij zijn een soort afgeleide klant: zij kopen in voor de echte klanten, maar hebben geen relatie met de echte klanten. Zij hebben dan ook geen last ervan als de echte klant ontevreden is of als de zorg niet efficiënt is. Het tweede nadeel is dat instellingen die AWBZ-zorg leveren fuseren om meer *countervailing power* te hebben tegenover het zorgkantoor. Kleine aanbieders worden zo uit de markt gedreven en de keuzemogelijkheden van cliënten nemen af.

In de ziekenhuissector is dit anders. Daar maken de ziekenhuizen afspraken met verzekeraars over het budget. Evenals het zorgkantoor is de verzekeraar een afgeleide klant. Er zijn echter twee grote verschillen met het zorgkantoor. Ten eerste is de verzekeraar geen monopsonist: er zijn meestal meerdere verzekeraars waarmee een ziekenhuis een contract heeft. Een nog belangrijker verschil is dat de verzekeraar een directe band heeft met de klant van de zorgaanbieder: dat is namelijk ook zijn klant. De verzekeraar heeft daarom belang bij een goede prijs-kwaliteitverhouding. Als de kwaliteit van de zorgaanbieder niet goed is, dan zal de klant een andere verzekeraar kiezen die wel contracten heeft met goede zorgaanbieders. Als de prijs van de zorgaanbieder te hoog is, zal dat leiden tot een hoge verzekeringspremie. Dat kan de verzekeraar klanten kosten.

De marktstructuur in de ziekenhuisbranche is dus beter dan in de AWBZ-branches. Dat verklaart mogelijk dat de ziekenhuissector innovatiever is dan de andere branches. Overigens is ook de ziekenhuissector niet erg competitief: veel ziekenhuizen hebben geen concurrenten in hun directe nabijheid. Ook in de ziekenhuissector zijn de fusies in het verleden mogelijk ingegeven om meer macht te hebben tegenover de dominante verzekeraar.

In de waarneming van de respondenten is het gebrek aan concurrentie geen belemmering voor innovatie en arbeidsproductiviteitverhoging. Andersom zien diverse instellingen de toenemende concurrentie wel als stimulans om te innoveren. De instellingen moeten zich daarom immers steeds duidelijker profileren om de steeds mondiger geworden burgers aan zich te binden. Met innovatieve zorgconcepten of extra aandacht dankzij een toegenomen arbeidsproductiviteit onderscheiden instellingen zich van elkaar.

‘Er komt steeds meer concurrentie. Wij moeten ons daarom blijven ontwikkelen. Anders raken wij bewoners kwijt.’

Conclusie

Door een gebrek aan concurrentie missen instellingen de motivatie om te innoveren.

4.6.2 Arbeidsmarkt

‘Wij hebben mensen nodig op de piekuren. Met een krappe arbeidsmarkt kun je als werkgever echter weinig eisen stellen. Mensen krijgen dan toch het door hun gewenste contract, terwijl ik ze eigenlijk minder uren nodig heb.’

Sommige respondenten (12%) noemen een krappe arbeidsmarkt als belemmering bij het doorvoeren van veranderingen. Krapte op de arbeidsmarkt leidt tot een sterke prikkel om het arbeidsproces te rationaliseren. Maar het geeft werknemers ook een machtspositie. Neem bijvoorbeeld roostertechnische veranderingen: in het ideale rooster werken er meer mensen op de piekuren (dus ’s ochtends bij het opstaan en daarna bij het eten en het naar bed brengen) dan op de andere uren. Voor werknemers is zo’n rooster echter niet aantrekkelijk. Is de arbeidsmarkt krap, dan hebben zij meer mogelijkheden onaantrekkelijke arbeidsvoorwaarden te weigeren.

‘Volgens de arbeidstijdenwet mag personeel geen gebroken diensten draaien. Wij kunnen de voltijdmedewerkers niet inroosteren.’

Veel instellingen (59%) noemen een belemmering die in het verlengde van het voorgaande ligt: volgens hen staat de arbeidstijdenwet niet toe dat het personeel zogenoemde gebroken diensten draait. Hier is echter sprake van een gepercipieerde belemmering: de arbeidstijdenwet verbiedt dergelijke diensten namelijk niet.⁷ Wel zijn in CAO’s vaak bepalingen opgenomen dat gebroken diensten bij voorkeur moeten worden vermeden. De CAO voor de gehandicaptenzorg stelt bijvoorbeeld het volgende: ‘De diensten worden aaneengesloten verricht, tenzij de aard van de werkzaamheden verbonden aan de functie zich hiertegen verzet. De werkgever kan enkel tot vaststelling van de niet-aaneengesloten diensten overgaan met instemming van de werknemer.’ In de verpleging en verzorging zijn gebroken diensten nog lastiger te implementeren. De CAO stelt daar: ‘Het is de werkgever verboden, tenzij de werknemer hierom verzoekt, aan de werknemer een gebroken dienst op te dragen. Onder gebroken dienst wordt verstaan, een dienst binnen welke de werktijd wordt onderbroken gedurende tenminste een uur en ten hoogste drie uren.’

De arbeidsmarktregulering is vooral problematisch bij het invoeren van logistieke oplossingen. Juist bij een nieuwe planning bijvoorbeeld willen instellingen het personeel op een ander soort contract aannemen. In de praktijk blijken dit soort logistieke veranderingen toch wel ingevoerd te worden. Kennelijk zijn deze belemmeringen niet onoverkomelijk.

⁷ De arbeidstijdenwet stelt dat een werknemer minimaal een aaneengesloten rustperiode heeft van elf uur op een dag. Binnen de overige dertien uur moeten de werkzaamheden worden uitgevoerd, maar dit hoeft niet aansluitend te gebeuren. Een werknemer kan bijvoorbeeld eerst vier uur werken, dan vijf uur rust hebben, vervolgens weer vier uur werken en daarna elf uur rust hebben om de volgende dag weer van vooraf aan te beginnen.

4.6.3 Regulering

De zorg formaliseert. Er ontstaan vele protocollen naar aanleiding van ongelukken of bijna ongelukken: een protocol 'tilliftengebruik', een protocol 'stoelliftgebruik', een protocol 'vervoer in busjes' en een protocol 'in bad'. Het invoeren, updaten en naleven hiervan kost heel veel tijd. Er ontstaat een schijnzekerheid dat er nu geen ongelukken meer kunnen gebeuren. Dat is onzin'.

Van de respondenten noemt 39% de vele regels een belemmering om te innoveren. Ze verminderen de flexibiliteit van de instellingen om in te kunnen spelen op nieuwe ontwikkelingen. Maar respondenten storen zich ook aan de tijd die alle regelgeving kost en die naar hun idee de arbeidsproductiviteit sterk vermindert. In hoofdlijnen gaat het om vijf soorten regels:

1. kwaliteitsregulering;
2. bouwregulering;
3. financiële verantwoordingsinformatie;
4. indicatiestelling door het CIZ;
5. fiscale wetgeving.

De meeste regels gaan over kwaliteitsregulering. De belangrijkste wetten die de kwaliteit reguleren, zijn de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet BIG (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg). De Inspectie Gezondheidszorg controleert de naleving van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Volgens deze wet moeten zorginstellingen de kwaliteit van zorg systematisch bewaken, beheersen en verbeteren. Onder een kwaliteitssysteem wordt verstaan een stelsel van vastgelegde eisen, regels en procedures dat tot doel heeft te verzekeren dat een product of een te verlenen dienst aan de gestelde eisen voldoet en blijft voldoen. Het idee hierachter is zelfregulering: de instelling bewaakt zelf de kwaliteit. De inspectie toetst het kwaliteitssysteem. Daarnaast maakt het systeem voor verzekeraars en patiënten- en consumentenorganisaties duidelijk hoe de instelling kwaliteitsbewaking en -bevordering vormgeeft. De in het bovenstaande citaat genoemde protocollen worden dus niet voorgeschreven door de Kwaliteitswet. De Kwaliteitswet schrijft wel voor dat er procedures zijn. Zo stuurde de Inspectie Gezondheidszorg na zes ongelukken met tilliften, waarvan drie met dodelijke afloop, een brief aan alle zorginstellingen waarin zij de instellingen verplicht erop toe te zien dat er bij het gebruik van tilliften altijd gebruik wordt gemaakt van een adequaat transferprotocol (IGZ, 2002).

De opleidingsprotocollen (wat mag iemand doen) werken heel beknellend.'

De Wet BIG schrijft voor wie bepaalde handelingen zelfstandig mag verrichten en wie die handelingen in opdracht mag verrichten. In alle gevallen geldt dat degene die de handeling verricht bekwaam moet zijn. Uit een evaluatie van de Wet BIG blijkt dat beroepsbeoefenaren redelijk op de hoogte zijn van wie bevoegd is om bepaalde handelingen op eigen initiatief te verrichten. Onder

welke voorwaarden ook onbevoegden die handelingen mogen verrichten, is veel minder goed bekend. Onduidelijk is bijvoorbeeld wanneer iemand ‘bekwaam’ is: hoe moet dat worden bepaald? Ook is onduidelijk hoe de opdracht moet worden gegeven (mondeling of schriftelijk) en hoe degene die de opdracht geeft toezicht moet houden (moet hij erbij staan of telefonisch bereikbaar zijn?) (Cuperus-Bosma, 2002). De evaluatie van de Wet BIG beveelt aan regelmatig de lijst met de desbetreffende handelingen door te lichten en ook de bevoegdheden van de verschillende beroepsbeoefenaren te bespreken. Dit kan knelpunten wegnemen. Ook beveelt de evaluatie aan om generieke opdrachten mogelijk te maken, waarbij de opdracht dus niet betrekking heeft op een specifieke werknemer en een specifieke patiënt. Dan zou in een protocol kunnen worden opgenomen in welke situaties welke beroepsbeoefenaren handelingen mogen verrichten (Cuperus-Bosma, 2002).

‘Er is sprake van een vreselijk wantrouwen in ons werk. Aan iedereen moeten wij laten zien dat wij best kwalitatief goede zorg leveren. Ik moet momenteel op 433 punten aan twaalf instellingen verantwoording afleggen.’

Binnen de instellingen bestaat het gevoel dat iedereen de prestaties van de instellingen wantrouwt. Instellingen moeten daarom aan de inspectie, het zorgkantoor, het ministerie, de cliëntenraden en de brancheorganisaties laten zien dat ze daadwerkelijk zorg van een goede kwaliteit leveren. Probleem is dat de organisaties alle op verschillende wijze vragen stellen over de kwaliteit van de zorg. Ze vragen daardoor veelal net iets anders. Het opleveren van deze informatie kost tijd en die tijd die had ook kunnen worden besteed aan de zorg. Meerdere instellingen hebben hun twijfels over de vele protocollen die de instellingen moeten bijhouden.

‘Het duurt circa 10 jaar voordat er een nieuw gebouw staat. Dat is best wel lang.’

De bouwregels zijn eveneens een punt van irritatie. Een instelling mopperde bijvoorbeeld over het traject dat moet worden doorlopen voordat een nieuwe zorginstelling kan worden gebouwd: het duurt jaren voordat de nieuwbouw is gerealiseerd. Daardoor kan de zorg niet worden verleend op de manier die de zorginstelling graag zou willen.

‘De administratieve last is te hoog. Bijvoorbeeld rondom de financiering. Die administratie kan verminderen met behoud van de kwaliteit van financiële verantwoording. Er zijn nu veel verschillende geldstromen die elk hun eigen bureaucratie hebben. Die sluiten niet op elkaar aan.’

Een derde punt dat instellingen als belemmerend ervaren is de vele financiële verantwoordingsinformatie die ze aan verschillende partijen moeten aanleveren.

‘Het indicatieorgaan werpt een hoop belemmeringen op: mensen veranderen veel sneller dan dat de indicatie kan volgen. Het CIZ stelt bijvoorbeeld dat fysiotherapie nodig is, terwijl een paar weken later kan blijken dat dit te veel gevraagd is. Het probleem is dat de familie ook inzicht krijgt in de indicatie en vraagt waarom de fysiotherapie niet wordt aangeboden: daar heeft moeder toch recht op?’

Als vierde punt levert de indicatiestelling door het CIZ een hoop irritatie op. Een instelling noemt het probleem dat een cliënt te lang een verpleeghuisbed bezet houdt, omdat de indicatie voor de thuiszorg nog niet rond is. Er moet voortdurend worden gewacht op de indicatie.

De huidige fiscale wetgeving schrijft BTW-heffing voor, tussen onze groep en de deelnemende stichtingen. Zo wordt 19% wegbelast van de besparing van circa 25-30% op overhead. Oplossing is een specifieke BTW-vrijstelling. Een fusie van de negen deelnemende stichtingen is niet mogelijk, omdat ze niets hebben op zorginhoudelijk gebied dat ze bindt.'

Tot slot is er ergernis over de fiscale regelgeving met betrekking tot de BTW. Het *outsourcen* van dienstverlening of het samenwerken met andere instellingen is door die regelgeving vaak niet rendabel.

Naast te veel regelgeving is er op sommige punten ook te weinig regelgeving.

ICT in de zorg: iedereen doet maar wat. De overheid zou hierin de leiding moeten nemen. De informatieoverdracht tussen instellingen is nihil. Zoals de invoering van het EPD, is het een ongeleid proces'

Voor sommige innovaties zijn de baten voor de instelling hoger als andere instellingen ze ook doorvoeren. Elektronische patiëntendossiers (EPD) hebben een groter voordeel voor de instelling als de huisarts het EPD ook gebruikt. Als iedereen daarvoor dezelfde standaard gebruikt dan neemt het voordeel van het EPD toe: het aantal instellingen waarmee kan worden gecommuniceerd, neemt immers toe.

4.6.4 Conclusie

De zorg wordt getypeerd door een gebrek aan concurrentie en een overmaat aan regelgeving. Dit is geen toeval. Omdat de bekostigingssystematiek niet volledig aansluit op het doel van de zorg en er weinig concurrentie is, hebben instellingen geen automatische prikkels een goede prijs-kwaliteitverhouding te bieden. Omdat die goede prijs-kwaliteitverhouding niet vanzelf tot stand komt, is er veel regelgeving nodig. Omdat bijvoorbeeld cliënten geen prijs betalen, bestaat in de zorg geen automatische rem op het zorgaanbod. Zonder indicatiestelling zouden instellingen een *incentive* hebben zo veel mogelijk zorg te leveren. De indicatiestelling is in de huidige context dus een noodzakelijk kwaad. In de zorg bestaat ook geen automatisch mechanisme de tarieven laag te houden. Als er sprake zou zijn van concurrentie en als consumenten een prijs zouden betalen, dan zou dit een druk op de prijzen geven. Omdat de druk vanuit de consument ontbreekt, wordt deze rol overgenomen door het zorgkantoor, wat de nodige regelgeving met zich brengt. Omdat de kwaliteit van zorg moeilijk te observeren, is voor consumenten zal ook in een concurrerende markt kwaliteitsregulering nodig zijn. Dat is wel minder dan in de huidige situatie, omdat instellingen meer *incentives* zullen hebben hun kwaliteit zichtbaar te maken om zich te onderscheiden van de

concurrent. De instellingen voelen al deze regelgeving als een motie van wantrouwen. De vele regelgeving vermindert de beleidsvrijheid van instellingen en belemmert daardoor innovatie.

4.7 Cultuur

Weerstand binnen de instelling

Als veranderingen niet aansluiten bij heersende waarden en normen, is het moeilijker om ze te implementeren. Weerstand bij verandering is tot op zekere hoogte normaal. Mensen zijn nu eenmaal gewoontedieren en staan vaak huiverig tegenover veranderingen. Dit wordt ook wel het ‘status-quo-effect’ genoemd: mensen handhaven liever de status quo dan dat ze iets op een andere manier doen.⁸ Als er geen duidelijke redenen zijn om te veranderen, heeft verandering voor werknemers alleen maar nadelen (zie box 4/1). Zo stuit het gebruik van computers bij sommige groepen werknemers en artsen op weerstand. Zij hebben daarvoor soms niet voldoende kennis en zij hebben geen zin om bij te leren of zijn bang dat ze het niet kunnen.

Box 4/1 Tien redenen waarom werknemers zich verzetten tegen verandering

1. faalangst: angst dat de verandering hen minder succesvol maakt;
 2. gewoonte: het is comfortabel dingen op een voorspelbare manier te doen;
 3. geen duidelijke noodzaak: :”if it ain’t broke why fix it?”;
 4. *loss of control*: verandering maakt mensen onzeker over hoe ze hun werk moeten doen;
 5. gebrek aan vertrouwen: verandering maakt mensen onzeker over de steun vanuit de omgeving;
 6. *closed minds*: sommige werknemers willen niet meedenken over veranderingen;
 7. onwil om te leren: sommige werknemers zijn niet bereid nieuwe dingen te leren;
 8. angst dat de verandering geen verbetering is;
 9. angst voor het onbekende;
 10. angst voor de persoonlijke gevolgen. Sommige werknemers zijn bang dat de verandering voor hen persoonlijk negatieve gevolgen heeft, bijvoorbeeld dat ze harder moeten werken.
-

Bron: Peter Barron Stark & Associates, *Why employees resist change*, www.pbsconsulting.com

In de zorg wordt veel weerstand ervaren bij het invoeren van veranderingen: 80% van de instellingen ziet belemmeringen in de cultuur van de organisatie. Uit de interviews horen wij van veel respondenten dat de cultuur in de zorg niet zakelijk is. Mensen vinden het moeilijk om anderen aan te spreken op dingen die niet goed gaan. Er is sprake van conflictmijdend gedrag.

⁸ De status-quo bias wordt verklaard met behulp van de prospecttheorie (Kahneman en Tversky, 1977). Deze theorie stelt dat consumenten verliezen vervelender vinden dan dat zij winsten fijn vinden. De status quo opgeven impliceert een verlies. Daarvoor in de plaats komt een nieuwe werkwijze, dit wordt gezien als een winst. Het opgeven van de oude werkwijze is dus vervelender dan het daarvoor terugkrijgen van een andere werkwijze. De nieuwe werkwijze moet dus aantrekkelijker zijn dan de status quo, willen mensen enthousiast met de nieuwe werkwijze aan de slag gaan.

Mensen in de zorg zijn te aardig voor elkaar. In veel gevallen is dat goed en gaat dat goed. Maar als je spreekt over efficiency en handig werken dan is het niet zo'n gunstige eigenschap. Het maken, nakomen en controleren van afspraken is nog iets te zakelijk voor de zorg. Dit belemmert de arbeidsproductiviteit.'

Een uiting van het conflictmijdend gedrag is het ontbreken van beoordelingsgesprekken. In de interviews hebben wij de geïnterviewden op alle niveaus gevraagd waarop ze worden beoordeeld en wat de gevolgen waren van de beoordeling. Het antwoord was ontluisterend: 53% van de werknemers wordt niet beoordeeld. Voor degenen die wel gevolgen noemden, was dat alleen 'behoud functie'. Dit betekent dat bij ernstig disfunctioneren er een kans was op ontslag. In de praktijk kwam dit echter zeer zelden voor. De meeste werknemers hadden wel eens in de zoveel tijd een functioneringsgesprek. Leidinggevendenden hadden vaak de indruk dat ze volgens de CAO geen beoordelingsgesprekken mochten voeren, alleen maar functioneringsgesprekken.

Hebben werknemers in de zorg meer weerstand tegen verandering dan werknemers in andere sectoren? Door het gebrek aan concurrentie is de zorg een 'veilige' sector om te werken. Instellingen die failliet dreigen te gaan door slecht management worden daar meestal voor beloond in de vorm van extra subsidie. De kans op ontslag is in de zorg dus vrijwel nihil. Het kan goed zijn dat de zorgsector hierdoor juist mensen aantrekt die van nature meer weerstand hebben tegen verandering.

Weerstand bij cliënten

Wij hebben een nieuwe vorm van wassen geïntroduceerd: wassen zonder water. Deze methode biedt zowel de bewoners als de zorgverleners veel voordelen. De introductie moest overigens wel in nauw overleg met de familie plaatsvinden. Mensen zijn er toch aan gewend om zelf iedere dag te douchen en verwachten dat dit ook het best is voor hun ouders.'

Weerstand ten opzichte van veranderingen doet zich niet alleen voor bij werknemers. Ook bewoners, ouders of kinderen van bewoners hebben moeite met veranderingen. Een voorbeeld: zorginstelling X had een nieuwe manier van wassen bedacht, wassen zonder water. De bewoners werden niet meer gedoucht, maar werden met een vochtig doekje gewassen, vergelijkbaar met het doekje dat vaak in het Chinese restaurant wordt gegeven om de handen mee te wassen. Deze nieuwe douchemethode had grote voordelen: het was aanmerkelijk minder vermoeiend voor de bewoners en het kostte minder personele inzet. Desalniettemin moest de innovatie zeer zorgvuldig worden geïmplementeerd. De procedure werd duidelijk aan de familie gecommuniceerd en pas na uitvoerig overleg werden de bewoners op deze wijze gewassen.

4.8 Conclusie

In de zorg worden innovaties niet of slechts na lange tijd overgenomen door andere zorginstellingen. In dit hoofdstuk hebben we gekeken welke van de vijf factoren die een rol spelen bij de ontwikkeling en diffusie van innovaties relevant zijn voor de zorgsector:

- de baten van de innovatie;
- de kosten van de innovatie;
- de onzekerheid over de kosten en de baten;
- de marktstructuur en de regelgeving;
- de cultuur;

Als belangrijkste belemmering zien wij de geringe baten van innovatie voor de instellingen. De geringe baten vloeien voort uit de bekostigingssystematiek die is gebaseerd op *throughput* en niet op *outcome* of *output*. Daardoor is goedkoper produceren zonder verandering van het productieproces wel voordelig voor de instelling, maar goedkoper produceren door het productieproces te veranderen niet. Zodra immers het productieproces wijzigt, dan vermindert de *throughput* zoals die in de bekostigingssystematiek gedefinieerd is. De huidige bekostigingssystematiek bevordert daardoor met name vernieuwingen op het terrein van de logistiek en het verzuimbeleid: deze leiden tot minder kosten zonder dat het productieproces wijzigt. Innovaties, zoals nieuwe behandelmethoden, worden echter belemmerd door de bekostigingssystematiek. In de extramurale AWBZ-branche bijvoorbeeld worden ‘uren achter de voordeur’ vergoed. Slimmer werken ‘achter de voordeur’ levert voor de instelling geen enkel voordeel op en vaak zelfs een nadeel in de vorm van omzetverlies. Slimmer werken ‘niet achter de voordeur’ maar ergens anders wordt helemaal niet vergoed. Een innovatie als Viedome houdt een wijziging van het productieproces in, waarbij de *throughput* niet meer bestaat uit ‘uren achter de voordeur’ maar uit ‘screen-to-screen’-contacten. In de ziekenhuissector leveren nieuwe behandelmethoden die leiden tot minder opnames, dagbehandelingen of eerste polikliniekbezoeken minder omzet op. Dit terwijl juist dit soort innovaties op de lange termijn voor een grote productiviteitswinst kunnen zorgen. Verder belemmert de bekostigingssystematiek integrale zorgverlening. Door schotten in de bekostiging komen de voordelen hiervan niet bij de instelling terecht die de meeste kosten maakt.

Een tweede belangrijke belemmering zien wij in het gebrek aan concurrentie en de overmaat aan regelgeving die daarmee samenhangt. Het gebrek aan concurrentie vermindert de prikkel voor instellingen om te innoveren. Door het gebrek aan concurrentie ontbreekt de noodzaak tot voortdurende verbetering van de prestaties van de instelling. Veranderingen waarbij de natuurlijke weerstand van werknemers tegen verandering moet worden overwonnen, zoals prestatiebeloning, komen daardoor niet van de grond. Het gebrek aan concurrentie in de AWBZ-branches is voor een deel het gevolg van de rol van het zorgkantoor.

De overige belemmeringen beschouwen wij vooral als afgeleiden van de bekostigingssystematiek en de marktstructuur. Omdat instellingen de implementatie van innovaties niet kunnen financieren uit het eigen vermogen, maar afhankelijk zijn van subsidies, wordt diffusie van innovaties vertraagd. De onzekerheid over de kosten en baten hangt samen met de vele regelgeving en de informatiestructuur

van de instellingen, die is ingericht op de bekostigingssystematiek. De cultuur binnen de instelling vloeit voort uit het gebrek aan concurrentie.

De belemmeringen die instellingen ervaren, komen niet geheel overeen met de belemmeringen zoals wij die zien. De instellingen zien de cultuur binnen de instelling als de belangrijkste belemmering om te innoveren. Wij zien de cultuur binnen de instelling vooral als een afgeleide van het gebrek aan concurrentie en dus niet als iets dat eigen is aan de zorg. De cultuur van wantrouwen bij het Ministerie van VWS, de verzekeraars en het zorgkantoor zien wij als een afgeleide van het gebrek aan *incentives* in de bekostigingssystematiek en het gebrek aan concurrentie. Met regelgeving probeert het Ministerie van VWS dit te repareren. In die zin zijn de belemmeringen die instellingen ervaren dus niet tegenstrijdig met de feitelijke belemmeringen. Wel zijn de feitelijke belemmeringen kleiner dan de ervaren belemmeringen: de werknemers in de instellingen hebben niet altijd een goed beeld van de ruimte die regelgeving biedt. Dit geldt het sterkst voor de regelgeving in de CAO en de arbeidstijdenwetgeving.

5 Beleidsopties

5.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is behandeld dat de belangrijkste belemmeringen voor innovatie liggen in de bekostigingssystematiek en de marktstructuur. De beleidsopties liggen dan ook op deze terreinen. In paragraaf 5.2 gaan wij in op de mogelijkheden de bekostigingssystematiek te veranderen en in paragraaf 5.3 bespreken wij de opties om de marktstructuur aan te passen.

5.2 Bekostigingssystematiek

De bekostigingssystematiek moet innovaties stimuleren die de arbeidsproductiviteit bevorderen. Dat betekent dat de instellingen voordeel moeten hebben bij dergelijke innovaties. Dat voordeel moet tijdelijk zijn, want uiteindelijk moet het voordeel van de innovaties bij de consument terechtkomen.

Bekostiging op *outcome* zorgt ervoor dat instellingen (tijdelijk) voordeel hebben van innovaties. In paragraaf 5.2.1 werken wij dit uit. De schotten in de bekostiging staan integrale zorgverlening in de weg. Bekostiging onafhankelijk van instelling maakt integrale zorg lonend. Paragraaf 5.2.2 gaat hierop in. Tot slot moet winst in de zorg mogelijk zijn. Dit zorgt ervoor dat instellingen voordeel hebben bij innovaties en dat instellingen uit eigen geld innovaties kunnen financieren. Dit is het onderwerp van paragraaf 5.2.3.

5.2.1 Bekostiging op outcome

‘Als de overheid mij zou willen stimuleren om arbeidsproductiever te worden in de zin van “meer klanten bedienen”, moeten ze me op een andere manier financieren. Ik gedraag me naar de wijze waarop ik word gefinancierd.’

Het beoogde product van de gezondheidszorg is gezondheidswinst of de kwaliteit van leven. De instellingen worden bekostigd op basis van onder andere eerste polikliniekbezoeken, opnames en uren achter de voordeur. De bekostigingsmaatstaven zijn niet één op één gerelateerd aan het beoogde product. Dit leidt tot suboptimaal gedrag van instellingen.

‘De overheid zou moeten financieren op basis van output: dat stimuleert pas echt!’

Idealiter worden instellingen bekostigd op de beoogde productie, namelijk op de toename van gezondheidswinst of de kwaliteit van leven van de cliënt. Gezondheidswinst kan concreet worden uitgedrukt in bijvoorbeeld een verbetering van de bloeddrukwaarden, een toename van het aantal meters dat iemand kan lopen, een verbetering van het gezichtsvermogen, et cetera. Het product dat

wordt bekostigd, moet zo dicht mogelijk bij deze doelstellingen liggen. In de *care* gaat het niet om gezondheidswinst, maar om de kwaliteit van leven. Ook hiervoor kunnen concrete maatstaven worden opgesteld. Per functie kunnen specifieke producten worden benoemd. Bij een indicatie voor persoonlijke verzorging kunnen in plaats van het aantal uren ook de werkzaamheden worden geïndiceerd, bijvoorbeeld ‘wassen en aankleden’. Het tarief kan worden vastgesteld op basis van de tijd die volgens het indicatieorgaan denkt voor de handeling nodig is. Als het aankleden en wassen sneller gaat dan is geïndiceerd door het indicatieorgaan, dan is dat winst voor de instelling. Instellingen die door innovaties sneller zijn dan andere instellingen profiteren hier tijdelijk van. Als andere instellingen de innovaties overnemen, zal uiteindelijk de tijd die het indicatieorgaan indiceert voor bepaalde handelingen omlaag gaan. Dit moet echter niet te snel gebeuren. De tijd die een instelling profiteert van een innovatie moet lang genoeg zijn om de innovatie te kunnen financieren en nog wat winst te maken. De voorlopers worden op die manier beloond. De uiteindelijke tariefsverlaging zal de achterblijvers dwingen om de innovatie ook over te nemen.

Bekostiging van de *cure* op basis van gezondheidswinst zal in de praktijk moeilijk uitvoerbaar zijn. De bekostiging van ziekenhuizen op basis van DBC's is echter een stap in de goede richting. Een diagnosebehandelcombinatie komt dichterbij het beoogde doel van de zorgverlening dan de huidige opnames en ligdagen.

Voor de *care* zal het niet eenvoudig zijn om een vergelijkbaar systeem van DBC's te ontwikkelen. Een alternatief is cliënten niet te indiceren voor een aantal uren zorg maar voor een geldbedrag: een persoonsgebonden budget. Met dit bedrag koopt de cliënt zelf de gewenste zorg in. Het voordeel hiervan is dat de noodzaak vervalt om voor alles een DBC te benoemen. Een voordeel is ook dat er dan nog maar één systematiek is in de AWBZ in plaats van twee (nu kunnen mensen kiezen voor een persoonsgebonden budget of zorg in natura). Nadeel is dat sommige hulpbehoevenden mogelijk niet goed omgaan met het budget en daardoor uiteindelijk te weinig zorg krijgen.

5.2.2 Bekostiging onafhankelijk van instelling

De huidige DBC's lossen echter nog niet het probleem van de schotten in de zorg op. De huidige DBC's bevatten alleen de ziekenhuiszorg. Als de patiënt daarna nog verpleeghuiszorg nodig heeft of thuiszorg, dan wordt dit op een andere manier bekostigd. Integrale zorg zal daardoor niet tot stand komen. Daarvoor zal nog een stap gezet moeten worden: DBC's zouden zo moeten worden beschreven dat bekostiging kan plaatsvinden onafhankelijk van de persoon of instelling die verantwoordelijk is voor de uitvoering van de DBC. Op dit punt is de functiegerichte bekostiging in de AWBZ juist weer beter dan de DBC-bekostiging. Binnen de AWBZ maakt het niet meer uit wie de zorg verricht. De zorgvraag staat centraal.

Bij bekostiging onafhankelijk van de instelling wordt het lonend voor instellingen om integrale zorg te leveren. Instellingen kunnen zich dan opwerpen als hoofdaannemer. De hoofdaannemer voert de

regie en krijgt het vastgestelde tarief voor de te bereiken doelstelling. Een deel van de activiteiten kan de hoofdaannemer ook bij andere zorgaanbieders inkopen. De huisarts kan bijvoorbeeld verantwoordelijk zijn voor de diabeteszorg aan een specifieke patiënt en daarbij onderdelen inkopen bij de thuiszorg en het ziekenhuis. Maar ook het ziekenhuis kan verantwoordelijk zijn en bijvoorbeeld diensten bij een huisarts inkopen of een huisarts in dienst nemen. Met een dergelijke bekostiging kunnen ook geheel anders georganiseerde zorgaanbieders toetreden tot de markt: zie box 5/1.

Box 5/1 Suikerziektezorg in de nulde lijn: contracteren op uitkomsten

Voor patiënten met diabetes wordt het belang van de zorgketen algemeen onderkend. Er zijn vele regionale projecten opgezet die het integreren van de aanbieders in de zorgketen nastreven. Toch schuilt er juist in die zorgketens veel inefficiency in termen van arbeidsinzet en kwaliteit. De klassieke situatie is dat de huisarts constateert dat de patiënt aan suikerziekte leidt, dan verwijst naar de internist die de behandeling start en als de patiënt ‘stabiel’ is weer terugverwijst. Een huisarts heeft dertig tot zestig suikerziektepatiënten in zijn praktijk. Vaak wordt de huisarts ondersteund door een praktijkverpleegkundige, die de routinecontroles voor haar rekening neemt.

Uit interviews met suikerziektepatiënten blijkt echter dat ongeveer 40% er de voorkeur aan geeft om zelf vanuit te thuissituatie de ziekte te ‘monitoren’. Bij deze zelfmonitoring maakt de patiënt gebruik van specifieke apparatuur om de kritische meetwaarden via een internet dossier te registreren. Daarnaast kan de patiënt met vragen terecht bij een callcenter en is er de mogelijkheid van een consult per e-mail. De jaarcontrole blijft onder beheer van een arts, maar deze wordt gecentraliseerd uitgevoerd (bijvoorbeeld op vier locaties in Nederland). Het arbeidseffect van deze werkwijze is aanzienlijk. De patiënt doet de registraties grotendeels zelf (normaal vier tot zes keer per jaar bij de huisarts). Door de centralisatie wordt een schaafeffect bereikt bij de jaarcontroles (bijvoorbeeld een scheiding van medische functies en voorlichting). Ook kan door de frequente datamelding veel sneller worden ingegrepen als een patiënt dreigt te ontsporen. Naast deze effecten op het systeem leidt deze aanpak ook tot een mindere belasting van de patiënt (minder afmelding bij de werkgever). De exacte besparing in arbeidsinzet is nog niet uitgerekend, maar de schatting is dat het enkele tientallen procenten zijn.

De verwachting is dat bovengenoemde diensten door meerdere partijen zal worden aangeboden. Naast de technische uitdagingen (thuismonitoring, internet) is dit systeem om financiële redenen nooit van de grond gekomen. De betrokken partijen (huisarts, specialist, ziekenhuis, thuiszorg) worden zo verschillend gefinancierd dat echte samenwerking niet tot stand komt. Ook speelt de sterk regionale focus een rol: omdat het ‘slechts’ om 40% van de patiënten gaat is het niet rendabel te investeren in een thuismonitoringsysteem op regionaal niveau. Hiervoor is een veel groter werkgebied, misschien wel nationaal, nodig.

Bron: praktijk Plexus

5.2.3 Winst in de zorg

Bekostiging op *outcome* en bekostiging onafhankelijk van de instelling zorgen ervoor dat slimmer werken wordt beloond. Die beloning moet (tijdelijk) bij de instelling blijven, anders heeft de instelling geen belang bij innovatie. Het huidige winstverbod moet vervallen. Dit zal ten eerste tot gevolg

hebben dat instellingen een incentive krijgen om te innoveren. Ten tweede geeft het instellingen de financiële middelen om te innoveren: zij zijn daarvoor dan niet meer afhankelijk van subsidie.

Door opheffing van het winstverbod zal de zorg in eerste instantie duurder kunnen worden. Er wordt immers eigen vermogen opgebouwd. Daar staat tegenover dat de subsidies voor innovaties omlaag kunnen. Instellingen kunnen die immers zelf financieren. De gelden voor organisaties als ZONmw kunnen sterk worden verminderd. Subsidies voor innovatie bestaan immers omdat instellingen niet uit zichzelf innoveren. Als ze dat wel doen, zijn de subsidies dan ook overbodig. Bij een goede bekostigingssystematiek zullen instellingen in ieder geval uit zichzelf innovaties implementeren. De ontwikkeling van innovaties kan in sommige gevallen nog wel te duur zijn. Mogelijk dat hiervoor nog enige subsidie nodig is.

Een gevolg moet ook zijn dat instellingen failliet gaan als ze langdurig geen winst maken en hun eigen vermogen uithollen. Dit moet ook politiek worden geaccepteerd. Goed presterende instellingen moeten worden beloond, maar even belangrijk is het dat slecht presterende instellingen worden gestraft.

5.3 Meer concurrentie en minder regels

Omdat de huidige bekostigingssystematiek niet de juiste prikkels bevat, probeert het ministerie via regelgeving de kosten te beheersen en de kwaliteit te verbeteren. Het gevolg hiervan is dat instellingen niet flexibel zijn en niet met elkaar concurreren.

Wij stellen daarom voor om de mate van concurrentie tussen instellingen te vergroten. Dit kan door de instellingsbudgettering af te schaffen (paragraaf 5.3.1) en door openbare benchmarking (paragraaf 5.3.2). Tegelijkertijd moeten instellingen ook de ruimte krijgen om met elkaar te concurreren. Dat betekent minder regels (paragraaf 5.3.3).

5.3.1 Afschaffen instellingsbudgettering

‘Concurrentie is een goede prikkel; wij moeten ons meer op kwaliteit proberen te onderscheiden van de concurrerende thuiszorginstellingen. Bijvoorbeeld: wij leveren zorg binnen vijftien minuten waar zij dat binnen dertig minuten doen. Verder komen wij bij de mensen thuis de zorgvraag opnemen waar zij dat middels een formulier per post doen. Wij moeten echt proberen die klant aan ons te binden.’

Zorginstellingen moeten zich richten op de klant. AWBZ gefinancierde zorginstellingen zijn op dit moment afhankelijk van het zorgkantoor en dit levert een verkeerde oriëntatie op: de instellingen zijn bezig met onderhandelingen met het zorgkantoor in plaats van ervoor te zorgen dat de klant de beste zorg krijgt. Het zorgkantoor stelt aan het begin van het jaar het budget voor de instelling vast,

waardoor de instelling weinig moeite meer hoeft te doen om klanten te trekken. Het zorgkantoor bepaalt vervolgens uit welke instellingen de klant kan kiezen.

Een beleidsoptie is om de instellingsbudgettering af te schaffen. Klanten staat het dan geheel vrij, met hun indicatie, een aanbieder te kiezen. Aanbieders weten dan niet van tevoren hoeveel budget zij hebben. Zij zullen echt moeten gaan concurreren om ervoor te zorgen dat zij voldoende omzet genereren om hun kosten te kunnen dekken. Onvoldoende omzet bij slechte prestaties is in de marktsector normaal en juist die afhankelijkheid van de omzet van de prestaties bevordert de dynamiek. Het zal goed zijn voor de cultuur in de zorg als niet vooraf duidelijk is dat iedereen zijn baan kan behouden en dat er, als er niet efficiënt wordt gewerkt, ontslagen kunnen vallen. Dit biedt meer ruimte individuen af te rekenen op hun prestaties.

Een markt zonder instellingsbudgettering zal dynamischer zijn. Er gaan ongetwijfeld zorginstellingen failliet. Dit zijn echter vooral de weinig productieve instellingen. Tegelijkertijd komen er meer nieuwe toetreders. De innovatieve kracht van de sector neemt daardoor toe: de weinig innovatieve instellingen verdwijnen en er komen sterk innovatieve instellingen voor in de plaats.

Ook in de ziekenhuissector kan worden gedacht aan het afschaffen van de instellingsbudgettering door het CTG-ZAio. Doordat de verzekeraars zijn gebudgetteerd, is het niet strikt noodzakelijk ook de ziekenhuizen te budgetteren. De premie-inkomsten van de verzekeraars bepalen het uitgavenplafond van de ziekenhuizen. Verzekeraars hebben een prikkel de uitgaven van ziekenhuizen te beheersen, omdat zij op die manier de premie laag kunnen houden.

De instellingsbudgettering heeft als doel de uitgaven aan zorg binnen een vastgesteld kader te houden (het macrokader van de zorg). Het afschaffen van de instellingsbudgettering kan leiden tot grotere uitgaven aan zorg. Cliënten betalen immers geen prijs, waardoor er geen automatische rem bestaat op de productie en de prijzen. Welke mogelijkheden zijn er dan de kosten te beheersen?

1. Prijsregulering: het afschaffen van de instellingsbudgetten betekent niet dat ook de prijzen moeten worden vrijgegeven. Voorwaarde is wel dat de productbeschrijvingen goed zijn (zie paragraaf 5.2.1) en de prijzen goed zijn vastgesteld.
2. Verzekeraars hebben een prikkel de ziekenhuisuitgaven in de hand te houden. Het CIZ zou een dergelijke rol kunnen hebben in de AWBZ-branche. Als het zorgvolume te veel dreigt te stijgen, kan het CIZ minder zorg toewijzen.
3. Als de zorgkosten toch het macrokader dreigen te overschrijden, kan ervoor worden eigen risico's in te voeren of te verhogen om de vraag omlaag te brengen.
4. Tot slot is het mogelijk om delen van de verzekerde zorg uit de verzekering te halen en over te hevelen naar de particuliere markt.

Het is niet uit te sluiten dat de zorgkosten op de korte termijn omhoog gaan. Als de innovatieve kracht van de sector door meer concurrentie echter toeneemt, zal dit na een zekere periode leiden tot

lagere tarieven. Op lange termijn zal dit tot een veel grotere productiviteitswinst leiden dan een van bovenaf opgelegde bezuiniging die de motivatie van werknemers en managers negatief beïnvloedt.

5.3.2 Openbare benchmarking

‘Benchmarking’ is een vakterm voor prestatievergelijking tussen organisaties. Benchmarking kan een hulpmiddel zijn voor organisaties om prestaties te verbeteren. Een benchmark kan verschillende doelen hebben. Een goede benchmark houdt rekening met verschillen tussen organisaties.

Een interne en anonieme benchmark heeft als doel dat organisaties leren op welke manier zij hun processen kunnen optimaliseren. Een voorbeeld is de OK-benchmark, die acht ziekenhuizen hebben laten verrichten. Elk van de deelnemende ziekenhuizen werkt de resultaten uit in verbetertrajecten (Stokdijk, Klay en Van Gulick, 2004).

Een specifieke vorm van benchmarking is de openbare benchmark oftewel ‘*naming and shaming*’. *Naming and shaming* is bekend maken aan het publiek welke bedrijven goed en slecht functioneren. Het is een moderne variant van de middeleeuwse schandpaal. Doel van *naming and shaming* is het gedrag van de consument en daardoor ook dat van de producent te beïnvloeden. *Naming and shaming* is zo een substituut voor de tucht van de markt. (Theeuwes, Keuzenkamp en De Nooij, 2003). Het publiekelijk bekendmaken van prestaties is alleen nuttig als de prestaties voor consumenten interessant zijn. Consumenten laten hun keuze namelijk wel afhangen van de kwaliteit van het ziekenhuis, maar niet van de organisatie van de OK. Het publiekelijk bekendmaken van kwaliteitsindicatoren zal zorginstellingen onder druk zetten om goede kwaliteit te leveren. *Naming and shaming* behoort te zijn gebaseerd op gedegen benchmarkonderzoek. Anders kan het effect averechts zijn.

Een derde vorm van benchmarking is maatstafconcurrentie. Het doel daarvan is de prestaties te beoordelen door de verzekeraar of de overheid, die daar consequenties aan kunnen verbinden. De doelmatigheid van instellingen kan zo worden vergeleken. Op basis daarvan kunnen instellingen worden beloond of bestraft. Ook kan een openbare doelmatigheidsbenchmark op zich al tot disciplinerende leiden. Een directeur van een zorginstelling zal liever goed uit de benchmark komen, want dat is statusverhogend en verbetert de carrièrekansen. Onlangs werden de resultaten bekend van een doelmatigheidsbenchmark van waterleidingbedrijven: de benchmark bleek inderdaad te hebben geleid tot een betere doelmatigheid (Dijkgraaf, Van der Geest en Varkevisser, 2005)

De prestatie-indicatoren die de ziekenhuizen momenteel publiceren, zijn een bescheiden begin van ‘*naming and shaming*’. Ook in de andere branches gebeurt momenteel al iets op het gebied van kwaliteitsbenchmarking. De resultaten van deze onderzoeken worden echter niet of alleen anoniem gepubliceerd, omdat instellingen anonimiteit vaak als voorwaarde stellen voor het meedoen aan het benchmarkonderzoek. Hoewel ook deze benchmarkonderzoeken kunnen leiden tot een leerproces

voor instellingen, hebben ze niet het dwingende effect van een openbare benchmark, waarbij alle instellingen met naam en toenaam worden genoemd.

In Engeland is al vijf jaar ervaring met een benchmark voor zorginstellingen. De zorginstellingen worden beoordeeld en krijgen op basis daarvan een aantal sterren. De resultaten zijn voor iedereen op internet te zien. Goed presterende instellingen worden beloond met meer vrijheid; slecht presterende instellingen worden onder curatele gesteld. Het systeem heeft geleid tot een verbetering van de zorg (Evenblij, 2004).

5.3.3 Minder regels

‘De overheid wil meer efficiëntie, maar tegelijkertijd reguleren ze de hele zaak dood. Geef me de kaders waarbinnen een en ander moet plaatsvinden en laat de rest aan mij over.’

Als de bekostigingssystematiek de goede prikkels bevat en er meer concurrentie komt, dan kunnen veel regels worden geschrapt. Dit is ook nodig. Een element van een goede bekostigingssystematiek is dat instellingen de beslisbevoegdheid hebben om de prestatie maatstaven te bereiken. Zij moeten daarbij niet met handen en voeten zijn gebonden aan allerlei regels. Belangrijk is ook dat regels niet voortdurend veranderen: stabiliteit in de regelgeving vermindert de onzekerheid over de opbrengsten van innovaties, wat de innovatiegeneigdheid zal vergroten.

Het afschaffen van de instellingsbudgettering zal aanbieders meer vrijheid geven hun eigen beleid uit te zetten. Daarnaast zijn er nog meer mogelijkheden om het aantal regels terug te dringen. Zo moeten instellingen nu aan veel partijen verantwoording afleggen. De inspectie, het ministerie, de cliëntenraden en de brancheorganisaties willen alle zien dat de instellingen kwalitatief goede zorg leveren. De instellingen ervaren de huidige hoeveelheid verantwoordingsinformatie echter als een motie van wantrouwen. ‘Wij moeten aan iedereen laten zien dat wij het echt wel goed doen. Men denkt dus dat wij het uit onszelf niet goed zullen doen.’ Dit leidt tot demotivatie. Als minder verantwoordingsinformatie wordt gevraagd, spreekt daaruit vertrouwen in de instellingen. Zij zullen daardoor extra worden gemotiveerd.

Kwaliteitsregulering is ook in een concurrerende omgeving nodig, vooral in de *cure*. In de *care* kan de consument de kwaliteit beter beoordelen, maar ook daar is kwaliteitsregulering nodig.

Ter vervanging van al dit externe toezicht zou er een nieuwe vorm van intern toezicht moeten komen. Voordeel van intern toezicht is namelijk dat instellingen hun eigen strategische doelstellingen kunnen vaststellen. Momenteel is er nauwelijks sprake van intern toezicht. De voorzitters van de Raden van Bestuur van de instellingen antwoorden op de vraag waarop ze worden beoordeeld dat de Raden van Toezicht kijken naar omzet en resultaat en soms ook nog naar cliënttevredenheid, werknemerstevredenheid en verzuim. Gevraagd naar de gevolgen van de beoordeling door de Raad van Toezicht antwoordt de helft van de voorzitters van de Raden van Bestuur dat dit geen gevolgen

heeft. De andere helft antwoordt dat ze kunnen worden ontslagen als ze het heel bont maken (bijvoorbeeld meerdere jaren achtereen een negatief resultaat behalen). Ook uit ander onderzoek blijkt dat het interne toezicht in de zorgsector niet van hoge kwaliteit is (zie box 5/1). Een voorwaarde voor goed intern toezicht dat de Raden van Toezicht capabeler en onafhankelijker worden en de Raden van Bestuur ook echt gaan afrekenen op de afgesproken doelstellingen. Voorwaarde is ook dat de doelstellingen transparant zijn.

Box 5/1 Kwaliteit van de Raden van Toezicht in de zorg

Het toezichthouderschap in de zorg wordt in meerderheid uitgeoefend door mannen ‘van een zekere leeftijd’. In het algemeen kan worden geconcludeerd dat er wordt gewerkt met eenmalige entree-eisen: de zoektocht vindt vooral in eigen kring plaats en eenmaal binnen is er een redelijke kans op automatische herbenoeming. Belangenverstrengeling blijft een risicofactor: toezichthouders worden vooral in eigen kring gevonden, een aanzienlijk deel is werkzaam in de zorg, nevenfuncties zijn vaak niet openbaar en veel instellingen ontberen op dit punt een regeling.

Raden van Toezicht richten zich vooral op het strategisch beleid en de financiën. De aandacht voor de kwaliteit van zorg, het patiëntenperspectief en risicobeheersing komt relatief gezien echter veel minder in beeld. Een beoordelingskader (de ijkpunten dus) ontbreekt in meer dan de helft van de Raden van Toezicht. Dit betekent dat in de meeste Raden van Toezicht nog onduidelijk is welke criteria worden gehanteerd om te beoordelen hoe de instelling ervoor staat.

Bron: Meurs (2002)

5.4 Conclusie

Wij hebben in het vorige hoofdstuk laten zien dat de belangrijkste belemmeringen voor innovatie in de zorg liggen in de geringe baten van productiviteitswinst. Dit als gevolg van de bekostiging en de marktstructuur, die instellingen te weinig prikkels en te weinig vrijheid geeft.

De overheid kan de baten van productiviteitswinst voor de instellingen stimuleren door te bekostigen op *outcome*. De beschrijving van het product moet zo veel mogelijk aansluiten bij het beoogde doel van de zorg: het bereiken van gezondheidswinst en een goede kwaliteit van leven. Door de bekostiging zo in te richten dat het voordeel van slimmer werken (tijdelijk) bij de instelling blijft, worden instellingen gestimuleerd innovaties over te nemen.

Door de bekostigingssystematiek niet te koppelen aan een type instelling, maar uitsluitend aan het product kunnen geheel nieuwe organisatievormen ontstaan. Ook geïntegreerde zorg wordt dan lonend. Instellingen moeten het voordeel van innovatie tijdelijk houden. Zij moeten dus winst kunnen maken. Dit heeft als grote voordeel dat zij innovaties zelf kunnen financieren en niet meer afhankelijk zijn van subsidiegelden. Subsidies voor innovatie in de zorg kunnen dan sterk worden verminderd.

De marktstructuur kan worden verbeterd door de instellingsbudgettering af te schaffen. Daardoor moeten instellingen zich meer richten op de klant. Bovendien zal er meer ruimte komen voor nieuwe en kleine spelers op de markt. Openbare benchmarks kunnen de concurrentie tussen instellingen verder aanwakken. Een openbare benchmark zorgt ervoor dat goed presterende instellingen meer klanten trekken. Tegelijkertijd moeten instellingen meer vrijheid krijgen hun doelen te verwezenlijken. Het aantal regels in de zorg moet drastisch worden verminderd.

Deze maatregelen zullen ertoe leiden tot de cultuur in de zorg zakelijker wordt. De weinig zakelijke cultuur zagen onze respondenten als de belangrijkste belemmering voor innovatie. De cultuur zal echter alleen maar veranderen als slecht management ook inderdaad wordt afgestraft en niet wordt beloond met extra subsidie. De politiek zal moeten accepteren dat instellingen failliet kunnen gaan.

Referenties

- Ark, B. van, L. Broersma en P. den Hertog (2003). *Services innovation, performance and policy: a review*. Den Haag: Ministerie van Economische Zaken.
- Battista G. en P. Stoneman (2002). Inter- and intra-firm effects in the diffusion of new process technology. *Research policy*, vol 32 iss 3, p. 1641-1655.
- Bergh Jeths, A. van den, J.M. Timmermans, N. Hoeymans en I.B. Woittiez (2004). *Ouderen nu en in de toekomst. Gezondheid, verpleging en verzorging 2000 – 2020*. Bilthoven: RIVM.
- Blank, J., E. Eggink en A. Merckies (1996). *Zuinig op zorg: een empirisch onderzoek naar de productiestructuur van verpleeghuizen in Nederland*. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Blank, J. en E. Eggink (1998). *Tussen bed en budget*. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Blank, J., W. Koolmees, J. Waaijers en I. Vogelaar (2002). *Tussen bureau en bed: een empirisch onderzoek naar de relatie tussen overhead en productie van Nederlandse ziekenhuizen*. Rotterdam: Ecorys.
- Brinkman, W. (2004). Extra zorgpersoneel door hogere participatie oudere werknemers. *Economische Statistische Berichten*, 594-595.
- Buchan, J. en M.R. Dal Poz, (2002). Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. *Bulletin of the World Health Organization*. Genève.
- CBS (2003). *Kerncijfers van de bevolkingsprognose, 2003-2050*. Voorburg: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Chew, W.B., T.F. Bresnahan en K.B. Clark (1990). Measurement, Coordination and learning in a Multiplant Network. In: R. Kaplan (ed.). *Measures for manufacturing Excellence*. Boston: Harvard Business School.
- CPB (2001). *Een scenario voor de zorguitgaven 2003 – 2006*. Den Haag: Centraal Planbureau.
- CPB (2003). *Financiering zorgverzekering volgens Strategisch akkoord: effecten op overheidsfinanciën, loonkosten en koopkracht*. Den Haag: Centraal Planbureau.
- CPB (2004). *Vier toekomstscenario's voor overhead en zorg*. Den Haag: Centraal Planbureau.
- Cuperus-Bosma, J.M. e.a. (2002). *Evaluatie Wet op de beroepen in de gezondheidszorg*. Den Haag: ZONmw.

- Deneffe, D. en R.T. Masson (2002). What do not-for-profit hospitals maximize?. *International Journal of Industrial Organization*, vol 20, p. 461-492.
- Dorsey, L., B.T. Ferrari, A. Gengos, T.W. Hall, W.W. Lewis en C.O. Schetter (1996). The productivity of healthcare systems. *The McKinsey Quarterly* 4.
- Dismuke, C.E. en V. Sena (1999). Has DRG payment influenced the technical efficiency and productivity of diagnostic technologies in Portuguese public hospitals? *Health Care Management Science* 2, 107-116.
- Drijver, R. E. Verkooijen en A. Bolhuis (2004). Winst door triage. *Medisch Contact*, nr. 51, 17 december.
- Dijkgraaf, E., S.A. van der Geest en M. Varkevisser (2005). Efficiëntie boven water. *Economische Statistische Berichten*, 4451: 34-35.
- Eggink, E. en J. Blank (2001). *Verstandig verzorgd: een empirisch onderzoek naar de efficiëntie van de intramurale zorg voor verstandelijke gehandicapten*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Evenblij, M. en J. Visser (2004). School en ziekenhuis doorgelicht. *Medisch Contact*, nr 46, 12 november.
- Faechem, R.G.A., N.K. Sekhri en K.L. White (2002). Getting more for a dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ* 324: 135-141.
- Flikkema, M.J. en P.G.W. Jansen (2004). Dienstverleners innoveren anders. *Economische Statistische Berichten*, 9 januari.
- Glied, S. (2000). Managed Care. In: A.J. Culyer en J.P. Newhouse (eds), *Handbook of health economics*, Amsterdam: Elsevier Science.
- Goudriaan, R. (2004). Recepten voor extramuralisering van de zorg. *Economische Statistische Berichten*. 26 november.
- Groot, I., L. Kok en M. Aerts (2003). *Zorgverleners zonder zekerheid*. Amsterdam: SEO.
- Groot, I. en A. Heyma (2004). *Financiële prikkels voor werknemers bij uittrading*. Amsterdam: SEO.
- Gunning-Schepers L.J. en Jansen J. (1997). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. IV: Effecten van preventie*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Heyma, A., E. Berkhout, W. Salverda en M. Biermans, (2004). *Beloningsverschillen tussen de marktsector en collectieve sector in 2001*. Amsterdam: SEO.

Hilten, O. van, F. Kleima, H. Langenberg en P. Warns (2005). Productie, arbeid en productiviteit in de zorgsector. *Economische Statistische Berichten*, 10 februari.

Hall, B.H. (2004). *Innovation and diffusion*. NBER Working paper 10212

IGZ (Inspectie Gezondheidszorg) (2002). *Circulaire "Verantwoord gebruik van patiëntentilijfen"*. 6 mei.

Jongkind, R., P.R.A. Oeij en S. Vaas (2004). *Slimmer werken in productieve en gezonde banen*. Hoofddorp: TNO Arbeid.

Keuzenkamp, H., L. Kok, J. van Seters (2002). *De sociale zekerheid uitgedokterd: de markt voor arbeidsgerichte zorg*. Amsterdam: SEO.

Ko, M. en K-M Osci-Bryson (2004). The productivity impact of information technology in the healthcare industry: an empirical study using a regression spline-bases approach. *Information and software technology*, 46, 65-73.

Kok, L.M. en L. Janssens (2003). *Outsourcing van ICT door overheidsinstellingen*. Amsterdam: SEO.

Kok, L.M., J. Stevens, N. Brouwer, E. van Gameren, K. Sadiraj en I. Woittiez (2004). *Kosten en baten van extramuralisering*. Amsterdam/Den Haag: SEO/SCP.

Kok, R.S., C.M. van Praag, K. Kools en M. van Herpen (2002). Motiverend belonen helpt. *Economische Statistische Berichten*, 4375, 867-871.

Lazear, E. P. (2000). Performance Pay and Productivity. *American Economic Review*, vol 90 iss. 5.

Lichtenberg, F.R. (2002). *Benefits and Costs of Newer Drugs: An Update*. NBER Working Papers 8996, Cambridge.

Menon, N.M., B. Lee en L. Eldenburg (2000). Productivity of information systems in the healthcare industry. *Information systems research*, 11, (1), 83-92.

Meurs, P. en Th. Schraven (2002). *Langs de meetlat*. Kenniscentrum Governance in de Zorg

Ministerie van OCenW (2003). *Refentieraming 2003*. Zoetermeer: Ministerie van OCenW.

Ministerie van VWS (2003). *Begroting voor 2004*. Den Haag: Ministerie van VWS.

Mobley L.R. en J. Magnussen (1998). An international comparison of hospital efficiency: does institutional environment matter? *Applied Economics*, 30, 1089-1100.

Nyfer (2003a). *Gevolgen van het kabinetsbeleid voor de arbeidsmarkt in de zorg*. Breukelen: Nyfer.

Nyfer (2003b). *Stelselwijziging in de zorg: geef verzekeraars de ruimte*. Breukelen: Nyfer.

- Ose, S.O. (2004). Working conditions, compensation and absenteeism. *Journal of health economics* (te verschijnen).
- Phelps, C.E. (2002). Information Diffusion and Best Practice Adoption. In: A.J. Cuyler en J.P. Newhouse (eds). *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: Elsevier Science.
- Pindyck, R.S. (1991). Irreversibility, uncertainty and investment. *Journal of economic literature*, vol 29, p. 110-1148.
- Ploeg, F. van der (2004). Nieuw zorgstelsel veroorzaakt explosie premies en ondermijnt solidariteit. *Economische Statistische Berichten*, 4447, 558-561.
- Pomp, M. (2003). *Innovatie, wie het weet mag het zeggen, feiten, onzekerheden en beleid*. Amsterdam: SIC/SEO-rapportnr 706A.
- Porter, M.E. (1985). *Competitive advantage*. New York: The Free Press.
- Prismant (2004). Veranderingen en consequenties. Het toekomstige personeel in de zorg. *Prismant magazine* 16.
- Raad voor Volksgezondheid en Zorg (2003). *Exploderende Zorguitgaven*. Zoetermeer: RVZ.
- Reijnga, F. W. Zwinkels en T. van Vuuren (2004). *Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in de zorgsector: een inventarisatie en analyse van oorzaken en maatregelen*. Hoofddorp/Den Haag: TNO-Arbeid/RWI.
- Rivm (2002). *Gezondheid op koers? Volksgezondheid toekomst verkenning*. Bilthoven: Rivm.
- Rogers, E.M. (1995). *Diffusion of innovations*. New York: The Free Press.
- Russell, L. (1986). *Is prevention better than cure?* Washington DC: The Brookings Institution.
- Schrijvers, G., N. Oudendijk, P. de Vries en M. Hageman (2002). *Moderne patiëntenzorg in Nederland. Van kennis naar actie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Schumpeter, J.A. (1939). *Business Cycles*. New York: McGraw-Hill.
- Schuring, R.W. en W.H. van Harten (2004). Verspreiding van kennis verloopt moeizaam. Als er één schaap over de dam is ... volgen er weinig. *Medisch Contact*, 22, 908 – 911.
- Stokdijk, M., N.H. Klay en G. van Gulick (2004). Leren van verschillen: benchmark van operatiekamercomplexen leidt tot nieuwe inzichten. *Medisch Contact*, 59, (7), 230-232.
- Stoneman, P. (2001). *Financial factors and the inter firm diffusion of new technology: a real options model*. University of Warwick

- Tellis, G.J., S. Stremersch en E. Yin (2002), The international take-off of new products: the role of economics, culture and country innovativeness. *Marketing Science*, vol 22, iss 2, 188-208
- Teulings, C.N. en Hartog, J. (1998). *Corporatism or competition?: labour contracts, institutions and wage structures in international comparison*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Theeuwes, J. (2001). *Toekomst van de arbeidsmarkt*. Den Haag: Elsevier.
- Theeuwes, J. (2003). *Naar een plan voor de productiviteit in de Nederlandse maakindustrie. Beleidsadvies*. Amsterdam: SEO.
- Theeuwes, J. H. Keuzenkamp en M. de Nooij (2003). *Aan de schandpaal -de economische betekenis van 'Naming and shaming'*. Amsterdam: SEO.
- TPG (2004). *Het kan écht: betere zorg voor minder geld. Sneller beter-de logistiek in de zorg*. Amsterdam/Den Haag.
- Universiteit Twente (2002). Oratie Theo de Vries.
- Vandermeulen, L. (2003). *Functiegericht budgettering: einde van de levenscyclus?* Utrecht: Prismant.
- Vandermeulen, L. (2005). Zorg rond arbeidsproductiviteit, *Economische Statistische Berichten*, 10 februari.
- Wan, Th.T.H. en B.B.L. Wang (2003). Integrated Healthcare Networks Performance: A growth Curve Modelling Approach. *Health Care Management Science*, 6, 117-124.
- Zweifel, P. en W.G. Manning (2000). Moral hazard and consumer incentives in healthcare in: A.J. Culyer en J.P. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: Elsevier Science.

Bijlage 1 Geïnterviewde instellingen

Gehandicaptenzorg

Abrona
Amarant
ASVZ Groep
Gemiva-SVG
Leekerweide
De Lichtenvoorde
Nieuw Baalderborg
's Heeren Loo Zorggroep
Stichting Philadelphia
Vizier

Geestelijke gezondheidszorg

Accare
Adhesie
Altrecht
De Meren/ AMC
GGZ groep Europoort
GGZ NHN - Van Foreest centrum
GGZE
Rivierduinen (voorheen Robert-Fleury Stichting/Rijngeest Groep)
Symfona

Thuiszorg

Amsterdam Thuiszorg
Carinova
Kruiswerk West-Veluwe
Sensire
Instituut voor Thuiszorg (IVT)
Vierstroom
Vilente
Zorgbalans
Zorgstroom
Zuidzorg

Verpleging en verzorging

Fontis
Katholieke Verplegings- en Verzorgingsinstelling (KVV)
Laak en Eem
Zorgkwadrant Friesland
De Omring
Vivium
Stichting Zorgpartners

Ziekenhuizen

Canisius-Wilhelmina

Catharina Zkh

Deventer Ziekenhuis

Gemini Zkh

Medisch Spectrum Twente

Nij Smellinghe

Nederlands Kankerinstituut - Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis (NKI-AVL)

Reinier de Graaf Groep

Rode Kruis Ziekenhuis

Bijlage 2 Lijst met afkortingen

| | |
|----------|---|
| AWBZ | Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten |
| AZR | AWBZ-brede zorgregistratie |
| DBC | Diagnose Behandelcombinatie |
| CIZ | Centrum Indicatiestelling Zorg |
| CTG-ZAio | College Tarieven Gezondheidszorg-Zorgautoriteit in oprichting |
| CTZ | College Toezicht Zorgverzekeringen |
| CVZ | College voor Zorgverzekeringen |
| EPB | Eerste Polikliniekbezoek |
| EPD | Elektronisch Patiëntendossier |
| GGZ | Geestelijke gezondheidszorg |
| NHS | National Health Service (Groot-Brittannië) |
| RIO | Regionaal indicatieorgaan |



Copyright © 2005 SEO Amsterdam. Alle rechten voorbehouden. Het is geoorloofd gegevens uit dit rapport te gebruiken in artikelen en dergelijke, mits daarbij de bron duidelijk en nauwkeurig wordt vermeld.

seo economisch onderzoek

